



UNIVERSIDAD DE LEÓN
Departamento de Ciencias Biomédicas

Influencia del estado emocional de la mujer con cáncer de mama en su recuperación

Leticia Sánchez Valdeón
León, noviembre 2015.

UNIVERSIDAD DE LEÓN
Departamento de Ciencias Biomédicas

Influencia del estado emocional de la mujer con cáncer de mama en su recuperación

Memoria que presenta D.^a Leticia Sánchez
Valdeón para la obtención del grado de Doctor
por la Universidad de León.
León, noviembre 2015.

A mis hijas, Sofía e Irene, por enseñarme todo aquello por lo que merece la pena vivir y luchar. Porque sin saberlo habéis conseguido que mire adelante con ilusión y ánimo confiado. Ojala consiga enseñaros a tener altas aspiraciones, expectativas moderadas y necesidades pequeñas, siempre conscientes de que SER es mucho más importante que TENER. Quiero que sembréis ilusiones y os apasionéis por la vida porque nunca se sabe que semillas de la vida fructificarán y cuáles no. Lo que sí se sabe es que solo hay un fruto que nunca se cosecha: el de las semillas que no tuvimos el coraje de plantar. OS QUIERO.

A Nacho, por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por ser tal y como es...porque le quiero. Sin ti esto no hubiera sido posible.

A mi hermana Marta, por todos esos momentos compartidos. Tú eres yo, yo soy tú.

A Diego y a Elisa, por formar parte de mi vida. De hecho, ya sois indispensables en ella.

A Mari, por la segunda madre de mis hijas, eres de esas personas que nunca falla. Gracias por ser y por estar.

A Ana Corral por creer en mí y por enseñarme a confiar en la vida. Por mostrarme cómo encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A las personas de mi vida que me quieren en la suya.

A la vida, porque siempre compensa y recompensa.

Agradecimientos

A mis directoras de tesis, las Dras. Ángela Calle Pardo, Nélida Fernández Martínez y Ana M^a Sahagún Prieto, por su disponibilidad y apoyo durante el proceso de elaboración de esta tesis doctoral.

A los profesores del Área de Farmacología de la Universidad de León, Mati y Juan, por formar parte de mi vida académica y guiar mis pasos.

A la Asociación Leonesa de Mujeres Operadas de Cáncer de Mama (ALMON) y todos sus colaboradores, por su inestimable ayuda en este proyecto y en especial a todas esas mujeres que me dedicaron su tiempo y compartieron conmigo su experiencia. Gracias por hacer de la enfermedad una oportunidad de cambio y transmitírselo así a todas aquellas que lo necesitan.

A Ana Corral por su profesionalidad y dedicación.

Índice

	Pág.
Introducción.....	1
Objetivos.....	6
Revisión bibliográfica	7
Cáncer de mama	7
Historia del cáncer de mama y su tratamiento.....	8
Factores de riesgo	14
Diagnóstico	20
Tratamiento del cáncer de mama.....	27
Estrategias de prevención del cáncer de mama	39
Definición social de cáncer de mama	43
Información al paciente con cáncer de mama	45
Perspectiva holística de la paciente con cáncer de mama.....	50
Material y métodos.....	79
Encuestas	80
Entrevistas grupales	87
Aportación artística.....	90
Análisis estadístico	90

	Pág.
Resultados y discusión.....	93
Encuestas.....	93
Entrevistas grupales	216
Aportación artística	230
Conclusiones.....	259
Bibliografía.....	261
Anexos.....	263

Introducción

El cáncer de mama se puede definir como *el crecimiento y proliferación acelerado, desordenado y sin control, de células que forman parte de los tejidos de la glándula mamaria, formando un tumor capaz de invadir los tejidos vecinos y metastatizar a órganos distantes del cuerpo* (Gonzalez *et al.*, 1994). Esta enfermedad supone uno de los mayores problemas de Salud Pública en los países desarrollados, tanto por su incidencia como por su mortalidad, al ser el tumor maligno más frecuente y la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres: se estima que en 2012 se produjeron en el mundo 1.671.149 nuevos casos, lo que representa un 25,1% del total de casos de cáncer estimados en mujeres ese año, provocando la muerte a 521.907 mujeres (Ferlay *et al.*, 2015a).

Es también la neoplasia maligna más común entre la población femenina en nuestro país, diagnosticándose en el año 2012 25.215 nuevos casos (29% de los carcinomas diagnosticados entre las mujeres) (Ferlay *et al.*, 2015b). Con todo, España presenta una incidencia intermedia (67,3 casos por cada 100.000 mujeres y año) entre los países de la Unión Europea (UE) (80,3 casos por cada 100.000 mujeres y año) (Ferlay *et al.*, 2015a), debido probablemente a los sistemas de prevención y tratamiento existentes.

Por lo que respecta a su mortalidad, en el año 2005 el cáncer de mama fue la causa de muerte de 6.075 mujeres en España, lo que supone una tasa de aproximadamente 12 muertes por 100.000 mujeres y año (Ferlay *et al.*, 2015b). No obstante, debe también señalarse que a partir de 1993 se aprecia una caída sostenida en la tasa de mortalidad de aproximadamente un 2,4% cada año (Pollán *et al.*, 2007), debido probablemente al establecimiento de

programas de cribado, que han hecho posible un diagnóstico mucho más precoz del proceso, y a los avances terapéuticos en este campo. Wilking y Jönssons (2005) indicaron que España, junto con Austria y Suiza, son los países líderes a la hora de incorporar y disponer de los nuevos tratamientos oncológicos.

Por otro lado, hoy día está fuera de toda duda que el cáncer es también una enfermedad social, y que su tratamiento supone mucho más que someterse únicamente a un tratamiento médico. El proceso canceroso tiene unas connotaciones propias en el ser humano, que afectan no sólo a los enfermos que la padecen y sus familias, sino también a los profesionales sanitarios encargados de combatirla y a la población en general, que la teme y desea verse libre de ella.

Diversos estudios realizados en distintos países dentro de este campo han incorporado indicadores que tratan de reflejar la impresión subjetiva de estas pacientes, dada la elevada incidencia de esta enfermedad y la asociación existente entre la mama y la sexualidad en la mujer. Estos estudios se han centrado sobre todo en investigar cómo varía la calidad de vida de estas mujeres con el tipo de tratamiento (Blasco, 1995; Cajigal-Rodríguez, 1995; Toledo, 1996; Martin *et al.*, 2006), la influencia de ciertas características psicológicas de las mujeres (Greer *et al.*, 1990; Ferrero-Berlanga, 1995; Font *et al.*, 2004; Martín *et al.*, 2004; Cervera y Aubá, 2005) o la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre ellas (Butow *et al.*, 1999; Sebastián *et al.*, 1999; Font y Rodríguez, 2004), dirigidos fundamentalmente a ayudarles a controlar los efectos adversos del tratamiento, así como a hacer frente a las posibles limitaciones que surjan a lo largo de ese mismo tratamiento. No obstante, ninguno de ellos recoge la dimensión emocional y la influencia que este factor puede tener en el proceso de tratamiento y recuperación del cáncer de mama.

Ya desde el momento del diagnóstico y el tratamiento, una enfermedad como el cáncer determina en la persona una gran sensación de amenaza y temor, con desequilibrios tanto a nivel fisiológico como psicológico y social, frente a los que el individuo pone en marcha sus

propios mecanismos de defensa. El proceso adaptativo en el que se ve involucrado un paciente con cáncer no es algo fijo en el tiempo, sino que sufre una continua reestructuración, de forma que se van sucediendo en el tiempo diversas fases transitorias, que varían individualmente en duración e intensidad, y en la que se distinguen tres momentos importantes (Vidal *et al.*, 1998):

- El impacto de la situación actual, entre cuyas reacciones se pueden producir la negación de la enfermedad y situaciones de ansiedad.
- El afrontamiento, con reacciones de rabia, miedo, ira o depresión.
- El proceso de adaptación, en el que se reducirían las alteraciones emocionales anteriores, al poner en marcha el paciente recursos personales que le permitirán disminuir el malestar psicológico.

Entre las respuestas psicológicas y sociales que el cáncer provoca en estos pacientes, y que ellos refieren con mayor frecuencia, se pueden citar la ansiedad, la depresión, la falta de energía y las disfunciones sexuales, a las que se añaden las dificultades laborales o el sentimiento de soledad (Derogatis *et al.*, 1983; Holland, 1989; Tros y Holland, 1989; Spiegel, 1990; Leinster, 1994; Maher *et al.*, 1996).

Es por ello que hoy día existe un amplio consenso en cuanto a que el cuidado del paciente oncológico debe responder a una visión integradora que valore de forma conjunta los resultados clínicos, los psicosociales y los emocionales. Estos últimos adquieren una especial significación en el caso del cáncer de mama, enfermedad que continúa viéndose como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa desde el punto de vista económico, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar y una amenaza permanente tanto para las enfermas como para las familiares más cercanas del mismo sexo.

No hay que olvidar que la mama es un órgano que sigue teniendo una enorme influencia cultural, psicológica, sexual y afectiva, al afectar a uno de los elementos físicos de la sexualidad de la mujer (Daune, 1995) y definir la propia naturaleza femenina, por lo que este tipo de cáncer

representa un importante trauma psicológico para buena parte de las mujeres afectadas.

Por ello, tanto el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama como sus posibles secuelas van a percibirse por parte de la paciente de una forma especialmente delicada. Así, en muchos casos, la alteración de la simetría corporal pasa a verse como una deformidad: una secuela no mayor que una pequeña cicatriz puede tener unas consecuencias a nivel psicológico para la paciente que no siempre son bien entendidas ni por el entorno afectivo y social de ésta ni por el equipo médico que la trata, mientras que en el caso de la mastectomía, ésta puede llegar a tener enormes implicaciones sexuales y psicológicas para la mujer. Por otro lado, en las mastectomías, aunque la prótesis externa puede enmascarar la pérdida de la mama, la mujer no llega a incorporarla a la imagen que tiene de sí misma, de forma que no siempre la ayuda a minimizar el sentimiento de deformidad que la invade (Poivy, 1977; Ray, 1977; Jamison *et al.*, 1978).

Tal es la importancia del deterioro de la propia imagen, que para algunas mujeres es el factor psicológico más importante en el momento de elección de la terapia, ya que puede reducir su sentimiento de feminidad (Margolis *et al.*, 1989). Hay que tener en cuenta que esta deformidad física, cualquiera que sea su tipo, puede interferir frecuentemente en la continuidad o establecimiento de relaciones íntimas (De Trill, 2003), lo que puede afectar de una forma singular a su propia autoestima, ya que muchas pacientes van a tener la percepción de que han dejado de ser sexualmente atractivas, que no van a poder experimentar o dar placer, o que su capacidad de amar y ser amadas ha desaparecido de una manera definitiva.

Todo ello puede provocar alteraciones psicológicas importantes, ya puestas de manifiesto en 1987 por Dean, que comprobó que más del 25% de las mujeres que habían sido diagnosticadas de cáncer de mama un año antes cumplían los requisitos diagnósticos de algún trastorno psiquiátrico, como ansiedad, depresión o disfunciones sexuales.

Es, por tanto, un escenario de una gran complejidad, en el que la paciente se va a tener que enfrentar no sólo al tratamiento médico, ya de por sí duro, sino también a las secuelas orgánicas, estéticas, funcionales y cognitivas de su enfermedad, así como a las múltiples consecuencias psicosociales y familiares que va a traer aparejadas.

Aunque el grado de satisfacción de las mujeres aquejadas de cáncer en relación al trabajo desarrollado por el personal sanitario es muy elevado, también señalan que hay un déficit en lo que se refiere al apoyo emocional, tan importante en esta enfermedad, tal y como puso de manifiesto el estudio llevado a cabo por la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA) en colaboración con el Instituto Roche el año 2007, publicado bajo el título *El cáncer de mama: la enfermedad, su vivencia y la calidad de vida de las pacientes*.

En nuestro país es frecuente informar con veracidad al enfermo sobre su pronóstico e incluso sobre la posibilidad de muerte cercana, pero es excepcional que se plantee una estrategia de afrontamiento conjunta durante este periodo. Sin embargo, la expresión de las emociones y la participación en grupos de apoyo expresivos facilita el afrontamiento al estrés relacionado con la enfermedad en mujeres con cáncer de mama. Este tipo de terapia está orientada a favorecer la expresión emocional y el manejo de los problemas asociados a la enfermedad oncológica. Diversos estudios han demostrado que aquellas pacientes que reciben este tipo de terapia aumentan su capacidad de resolver problemas, de regular sus sentimientos negativos, así como de manifestar su emociones y no inhibirlas ni evitarlas (Sirgo y Gil, 2000; Classen *et al.*, 2001), lo que a su vez repercute en una mejora de su calidad de vida.

Teniendo en cuenta las consideraciones hechas anteriormente, con la realización de este estudio nos planteamos los siguientes **objetivos**:

1. Conocer la reacción de la mujer ante el diagnóstico de cáncer de mama.
2. Establecer los distintos estados emocionales por los que atraviesa la mujer con cáncer de mama durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación.
3. Determinar la influencia del entorno en su estado emocional.
4. Establecer el rol que adopta la mujer en esta situación y, finalmente,
5. Determinar la influencia que todo ello tiene en su tratamiento y en el proceso de recuperación.

Con ello se quiere valorar la forma en que las mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama se enfrentan a sus emociones (incertidumbres, preocupaciones, dudas y vivencias) y emplean mecanismos de afrontamiento, de control y de defensa emocional, lo que a su vez permitirá que se reconozcan mejor las necesidades psicosociales de las pacientes, el tratamiento de las psicopatologías asociadas a la enfermedad neoplásica, cómo llevar a cabo su rehabilitación psicológica y social, y el apoyo a éstas y a sus familias, así como permitirá mejorar las competencias de comunicación e interacción de los distintos miembros del equipo de salud implicados en el tratamiento del cáncer de mama.

Revisión bibliográfica

Cáncer de mama

El cáncer de mama ha atraído la atención de los clínicos desde las etapas iniciales de la historia. Así, en el Antiguo Egipto, el Papiro de Edwin Smith describe, en uno de sus apartados, la actitud de los médicos egipcios ante las enfermedades malignas de la glándula mamaria. Desde entonces y hasta nuestros días el carcinoma de mama sigue planteando un desafío fundamental, tanto por la comprensión de los fenómenos biológicos que subyacen en su desarrollo y progresión, como por la adecuación de las medidas terapéuticas al conocimiento de las bases biológicas y del curso de la propia enfermedad.

Las últimas estadísticas de cáncer disponibles que permiten hacer comparaciones entre países son las del informe GLOBOCAN 2012. En el año 2012 se estima que en España se produjeron 215.534 nuevos casos de cáncer, de los que 128.550 se diagnosticaron en varones y 86.984 en mujeres. Según este estudio, en los varones los tumores con mayor incidencia son los de próstata, pulmón y colorrectal, mientras que en las mujeres lo son el de mama, el colorrectal y el de útero. Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014), los tumores constituyeron la segunda causa de muerte en ambos sexos en el año 2012 en nuestro país, suponiendo el 27,5% de las defunciones. Por sexos, el cáncer es la primera causa de muerte en los hombres (con una tasa de 296,3 fallecidos por cada 100.000 personas) y la segunda en mujeres (con 180,0 muertes por cada 100.000 personas). Como se ha señalado anteriormente, el cáncer de mama es la enfermedad neoplásica más común entre las mujeres, suponiendo el 25,1% de los tumores femeninos, con una tasa de mortalidad del 14,7% (12,9 muertes por cada 100.000) y una prevalencia del 36,3% (Ferlay *et al.*, 2015a). Las tasas de incidencia oscilan de unas regiones a otras hasta casi 4 veces: así, en Asia Oriental y África Central

se sitúa en 27 por cada 100.000, mientras que en Europa Occidental llega a 96 por cada 100.000 (Ferlay *et al.*, 2015a). Su incidencia ha aumentado de forma progresiva en las últimas tres décadas, estimándose que a nivel mundial se producen aproximadamente 1,67 millones de nuevos casos anuales, de los que el 53% se localizan en los países menos desarrollados (Ferlay *et al.*, 2015a).

Historia del cáncer de mama y su tratamiento

El cáncer de mama es uno de los tipos de tumor conocidos desde más antiguo, y ha sido descrito durante siglos. Su tratamiento ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y, a día de hoy, sigue siendo objeto de debate entre cirujanos, oncólogos, radiólogos y patólogos.

La descripción más antigua que se conoce del cáncer de mama se recoge en el Papiro de Edwin Smith (1600 a.C.), que describe ocho casos de crecimientos tumorales en el pecho, claramente diferenciables de casos de mamitis, al ser fríos al tacto y no fluctuantes (Cooper, 1941). El tratamiento era limitado, disponiéndose únicamente de dos métodos: la cauterización de la lesión o su eliminación mediante instrumentos afilados, aunque de acuerdo con este papiro los egipcios no creían que el cáncer de mama pudiera curarse (Mansfield, 1976).

Fue Hipócrates de Cos (460-370 a.C.), el padre de la Medicina, el primero en establecer la diferencia entre tumores benignos y malignos. A él se le debe el término *carcinoma*, que refirió a los tumores malignos de carácter proliferativo, en contraposición a las úlceras indolentes. Hipócrates también asoció el cese de la menstruación con los tumores de mama, tratando por ello de restaurar la menstruación en las mujeres jóvenes (Moulin, 1983).

Ya en Roma, Aulo Cornelio Celso (25 a.C.-50 d.C.) señaló que los tumores mamarios se acompañaban de un aumento de tamaño de los nódulos linfáticos. Celso recomendó la eliminación quirúrgica para aquellos tumores que se encontraban en estadios iniciales. También describió procesos

recurrentes, tumefacciones en las axilas y su difusión a todo el organismo, y fue el primero en clasificar los diferentes tipos de tumores mamarios (Moulin, 1983).

Se cree que fue Leónidas (siglo I d.C.), médico griego perteneciente a la escuela de Alejandría, el primero en desarrollar un método quirúrgico para eliminar la mama y, con ello, los tumores mamarios. También utilizó el cauterio, que había sido empleado durante siglos por los babilonios, hindúes y egipcios, con el fin de cortar la hemorragia en el tejido sano. Leónidas fue también el primero en describir la marca clínica característica de la retracción del pezón que se produce durante el desarrollo del cáncer de mama (Mansfield, 1976).

En su teoría humoral, Galeno de Pérgamo (131-203) señaló que los tumores se debían a la excreción de bilis en el hígado (melancolía). Si la bilis no era purificada en el hígado, las venas se congestionaban, dando lugar a tumores. Según él, así se explicaba por qué las mujeres menopáusicas tenían más posibilidades de sufrir un cáncer de mama, y por qué los tumores que eran de color oscuro eran los más graves. También señaló que, mientras que en los tumores avanzados de mama la cirugía era la opción terapéutica, en los estadios iniciales era de elección el tratamiento conservador (Karpozilos y Pavlidis, 2004).

Dos siglos más tarde, los sicilianos aclamaron a Sta. Ágata como la santa patrona de las enfermedades del pecho. Esta mártir cristiana fue tratada cruelmente por el gobernador romano, que ordenó atarla a una estaca y eliminar sus pechos, aunque se desconoce el método exacto por el que le fueron amputados.

En el Imperio Bizantino debe reseñarse la figura de Pablo de Egina, que describió la cirugía como tratamiento del cáncer de mama pero buscando la conservación del órgano (el tumor se cauterizaba sólo tras una pequeña incisión cutánea) (Karpozilos y Pavlidis, 2004).

En el caso de la medicina árabe, destacan las figuras de Rhazes (860-932), que alertó frente a la extirpación del crecimiento tumoral a menos que este fuera eliminado totalmente, y Avicena (981-1037), que describió en el *Canon* el crecimiento de tumores en el pecho y la invasión de los tejidos cercanos, no recomendando la mastectomía como tratamiento quirúrgico. Abucalsis (1013-1106), cirujano musulmán nacido cerca de Córdoba, aconsejó la eliminación del tumor sólo en los estadios iniciales, así como la cauterización de los tejidos sanos adyacentes al área afectada. También favoreció el uso del cauterio y la aplicación de sustancia caústicas en el tratamiento del cáncer de mama, aunque admitió no haber logrado curar ninguno personalmente (Harold, 2001).

Durante la Edad Media, la medicina cae en una profunda decadencia en Europa, volviendo a las corrientes interpretativas más primitivas de la enfermedad, que es vista como un castigo divino. No obstante, debe mencionarse a Guillermo de Saliceto (1210-1277), que promovió el uso del bisturí sobre la cauterización y la eliminación quirúrgica del tumor mamario sólo cuando se pudiera extirpar totalmente. Otros, como Teodorico de Bolonia (1205-1298) y Enrique de Mondeville (1260-1320), abrazaron las teorías de Galeno y combinaron la cirugía con la cauterización. Este último describió los tumores mamarios como ulceraciones con márgenes gruesos y de olor ofensivo, proponiendo como tratamiento dieta y purgas. Mondeville recomendó la cirugía como opción terapéutica sólo si se podía eliminar el tumor totalmente, señalando que su eliminación incompleta daba lugar a heridas incurables.

El Renacimiento supuso un avance importante en medicina, lo que afectó de modo directo a los procesos tumorales. Así, Andreas Vesalio (1514-1564) pasa a utilizar las ligaduras en lugar del cauterio tras hacer una resección amplia de los tumores de mama, mientras que Ambrose Paré (1510-1590) elimina pequeños tumores mamarios, sustituyendo el ácido sulfúrico por el cauterio, describiendo asimismo la infiltración cutánea y de los ganglios linfáticos axilares en el caso de los tumores de mama avanzados. Miguel Servet (1509-1553) sugiere la extirpación de los ganglios linfáticos descritos

por Paré, junto con el musculo pectoral mayor, origen de la moderna mastectomía. Por otro lado, Gabrielle Fallopio (1523-1562) recomendó el empleo de cirugía y cauterio en las fases incipientes del tumor, mientras que para los casos avanzados indicó el uso de ungüentos a base de arsénico (Harold, 2001).

No es hasta el siglo XVII que Marco Aurelio Severino (1580-1656) diferencia por primera vez entre tumores de mama benignos y malignos, aconsejando su eliminación en el caso de los fibroadenomas, dado su potencial degenerativo (Wolff, 1987). Surgen también otras teorías que intentan explicar su origen, como la de Nicolas Tulp (1593-1674), que lo consideraba contagioso y de avance lento (Cooper, 1941), mientras que Pierre Dionis (1643-1718) lo asoció con la estasis linfática en el pecho, seguido de un aumento de tamaño local y dolor (Ekmektzoglou *et al.*, 2009).

Richard Wiseman (1622-1676), cirujano de la corte del rey Carlos II de Inglaterra, señaló en un estudio realizado sobre 12 mastectomías que había llevado a cabo, que dos de los pacientes murieron por la intervención, ocho lo hicieron al poco tiempo tras presentar un tumor progresivo y dos se consideraron curados, asumiendo que existía la posibilidad de salvarse de algunos tumores (Ekmektzoglou *et al.*, 2009).

El siglo XVIII se considera uno de los más importantes en lo que a avances científicos se refiere, por las aportaciones terapéuticas y de concepto que se producen. Así, se describen nuevas formas de realizar las mastectomías. Alexis Boyer (1757-1833) describe la característica piel de naranja, signo clínico del tumor mamario inflamatorio (Moulin, 1983; Harold, 2001), mientras que John Hunter (1728-1793) achaca los carcinomas mamarios a la coagulación de la linfa más que a la bilis negra, siendo el primero en hablar de la predisposición a los tumores y calcular que la edad media de presentación en las mujeres de este tipo de tumores se situaba en torno a los 40-60 años (Moulin, 1983). Debe también destacarse la figura de Henry-Francois LeDran (1685-1770), considerado el primer oncólogo de la época moderna. LeDran señaló que este tumor tenía un origen local, difundiendo a través de la linfa, lo que permitió explicar cómo se producían las metástasis en el pulmón. Propuso

asimismo la eliminación tanto del tumor como de los ganglios axilares, comprobando que el pronóstico era peor cuando los nódulos linfáticos axilares estaban afectados (Ekmektzoglou *et al.*, 2009). También en este siglo se introducen nuevas sustancias en el tratamiento del cáncer de mama. Así, Sulzer (1749-1820) utilizó la cicuta por vía tópica en los tumores de mama ulcerados, mezclándola con aguardiente. También se empleó el arsénico y, más tarde, el plomo en distintas mezclas, este último en tumores de mama purulentos.

Con el siglo XIX la medicina, y la cirugía en concreto, entra en una nueva era, modificándose igualmente el concepto del cáncer y su tratamiento. La afirmación realizada por Herman Muller en 1828 de que las células son el componente básico de los tumores, supuso el abandono definitivo de la clásica teoría humoral vigente desde Hipócrates y modificó radicalmente el sentido de las resecciones. Las descripciones complementarias sobre el cáncer de mama, como las realizadas por Josehp Recamier en 1774-1852 y Karl Tiersch en 1867, confirmando que el paso de las células tumorales a la sangre daba lugar a las metástasis, se elaboraron sobre la idea de que este hecho tenía lugar siempre, tras rebasar la barrera mecánica linfática.

Es este siglo en el que se hacen las contribuciones más importantes a la cirugía mamaria. Así, Joseph Pancoast (1805-1882) puso de manifiesto por primera vez la necesidad de resección en bloque de la mama y de los nódulos linfáticos axilares infiltrados. En este sentido, Charles Hewitt Moore (1821-1870) señaló que la única posibilidad de curación del cáncer de mama era una cirugía amplia y extensa que incluyera toda la mama. En 1867 subrayó la posibilidad de que la diseminación se realizara a partir del tumor primario tanto por vía linfática como hemática, por lo que desaconsejó la manipulación intraoperatoria del tumor. Las teorías de la linfofilia por permeación de Handley o por embolización de Moore llevaron a Ernest Kuster (1839-1922) en 1871 y a Joseph Lister (1827-1912) en 1878 a recomendar, junto a la mastectomía, la linfadenectomía axilar de modo sistemático, y a Richard Volkman (1830-1889) a efectuar la exéresis de la fascia del músculo pectoral mayor en 1875, por la posibilidad de emigración tumoral a través de la misma.

Algo más tarde, William Stewart Halsted (1852-1922) y William Meyer (1854-1932) describieron casi simultáneamente la denominada *mastectomía radical*, técnica publicada por ambos en 1894, y que prevaleció como el método estándar de la cirugía de cáncer de mama durante más de 70 años (Robinson, 1986; Ekmektzoglou *et al.*, 2009).

No obstante, no es hasta que se buscan nuevas modalidades de tratamiento que complementen o sustituyan a la cirugía cuando se altera realmente el curso de los tratamientos del tumor mamario. El descubrimiento en 1895 por parte de William Conrad Röntgen (1845-1923) de los rayos X sentó las bases de la radioterapia y la mamografía, aunque es Hermann Goecht (1869-1938) quien radia por primera vez dos pacientes un año más tarde. Emile Grubbe (1875-1960) fue el primero en radiar, con intención terapéutica, una paciente con un tumor de mama. El descubrimiento del radio por Pierre y Marie Curie en 1898 añadió la radiación intersticial a las opciones terapéuticas (Ekmektzoglou *et al.*, 2009). En 1927, Robert Manod descubrió un caso inoperable de tumor mamario que, tras la radioterapia preoperatoria, se convertía en operable. Algo más tarde, George Pfamler (1874-1957), Franquis Badesse (1896-1967) y Robert Whirter (1904-1964) propusieron el uso de la radioterapia tras la cirugía en el tratamiento de este tipo de tumores.

Por otro lado, en 1901 Carl Steinthal indicó que el resultado de la mastectomía dependía del estadio del tumor mamario en el momento de la intervención, sugiriendo una clasificación clínica de 3 estadios de acuerdo con su prognosis y operabilidad. Es en este momento también cuando surge la cirugía endocrina como opción terapéutica en este tipo de tumor, tras informar George Beatson (1848-1933) en 1896 de la regresión temporal del cáncer de mama metastásico en pacientes tratadas con ooforectomía. La administración clínica de hormonas se inicia en 1939, pasando a utilizarse de forma activa en las décadas siguientes, mientras que a partir de los años 70 la investigación se centra en aclarar los mecanismos de regulación del cáncer de mama y la influencia de las hormonas en su aparición y progresión.

Es a partir de mediados del siglo XX cuando los conocimientos acerca del cáncer de mama y sus posibilidades de tratamiento crecen exponencialmente, incrementándose de forma significativa la supervivencia de las pacientes con elevadas tasas de relapso. Aunque las sustancias químicas se han utilizado en el tratamiento del cáncer de mama desde la antigüedad, no es hasta 1957 que comienza a utilizarse la quimioterapia antineoplásica en estos tumores. A partir de este momento comienzan a desarrollarse múltiples ensayos clínicos con distintas sustancias con el fin de tratar de aumentar la supervivencia de las mujeres afectadas por este tipo de tumor, de forma que en pocos años tanto la quimioterapia como la radioterapia se convierten en métodos complementarios de la cirugía en el tratamiento del cáncer de mama. Esta división en distintas ramas a la hora de aplicar el tratamiento ha permitido dar una solución terapéutica de un modo más preciso a las pacientes y, en muchos casos, ha hecho posible la desaparición completa del tumor. Finalmente, en los últimos años se ha desarrollado asimismo la Oncología Médica, especialidad que se encarga de dar asistencia oncológica en las áreas de prevención, diagnóstico precoz y seguimiento de las pacientes.

Factores de riesgo

Aunque no se conoce con exactitud la causa última que determina la aparición de un cáncer de mama, sí se han establecido una serie de factores de riesgo que, de alguna manera, pueden predisponer a su presentación. En la tabla 1 se incluyen diversos factores genéticos y otros no genéticos, que se describen a continuación.

La tasa de incidencia de los tumores mamarios se correlaciona con el sexo y la raza de las personas, y muestra también patrones etarios específicos. Así, en los hombres la incidencia de este tipo de tumores es mucho menor que entre las mujeres: aproximadamente 0,4 casos por cada 100.000 personas (Miao *et al.*, 2011). Su incidencia ha ido en aumento y en la actualidad se diagnostican más de 500.000 casos por año. La mayor incidencia está localizada en los países industrializados, donde se diagnostican 89-96 nuevos

casos por cada 100.000 habitantes, mientras que en algunos países subdesarrollados los nuevos diagnósticos caen hasta los 20-27 por cada 100.000 habitantes (Zarpadiel *et al.*, 2009; Ferlay *et al.*, 2015a). De forma similar, la incidencia del cáncer de mama es inferior a 10 casos por cada 100.000 mujeres cuando su edad es 25 años o inferior, aumentando sin embargo hasta 10 veces a la edad de 40 años (Hulka y Moorman, 2001). Siegel *et al.* (2014) calcularon que el riesgo de padecer un cáncer de mama para la mujer es de 1/8, estimando que antes de los 49 años de edad el riesgo cae a 1/53, aumentando de forma progresiva a partir de los 50-59 años hasta llegar a 1/23 para las mujeres de 60-69 años.

Asímismo, diversos estudios han puesto de manifiesto que la incidencia de esta enfermedad era un 8-40% superior en las mujeres de raza caucásica que entre las afroamericanas (Garfinkel *et al.*, 1994; DeSantis *et al.*, 2011), si bien en los grupos más jóvenes las tasas eran mayores entre las afroamericanas (Bernstein *et al.*, 2003). Estas diferencias etarias y geográficas se hacen incluso más profundas tras la menopausia: en EE.UU. y Suecia el riesgo de sufrir un tumor de mama aumenta hasta los 75 años, en Colombia se reduce a partir de los 45 años y en Japón alcanza una meseta a la edad de 45 años, a partir de la que sigue una lenta reducción (Hulka y Moorman, 2001).

La exposición a las hormonas sexuales también se ha identificado como un factor de riesgo en muchos estudios epidemiológicos, tanto a las hormonas endógenas como a las exógenas (derivadas del empleo de anticonceptivos, terapia hormonal sustitutiva o la dieta) (Dumitrescu y Cotarla, 2005; *Endogenous Hormones and Breast Cancer Collaborative Group*, 2013). Se piensa que son los estrógenos las principales sustancias que incrementan el riesgo de sufrir un cáncer de mama, proponiéndose dos posibles mecanismos que expliquen su carcinogenicidad. Según Russo *et al.* (2000), se relacionaría con la estimulación de la proliferación celular como consecuencia de la

Tabla 1. Factores de riesgo y protectores relacionados con el cáncer de mama (Oldenburg *et al.*, 2007).

Factores que aumentan el riesgo de sufrir un cáncer de mama	
Factores genéticos	Historia familiar positiva de cáncer de mama Familiar en primer o segundo grado afectado de cáncer de mama Portador de un gen que incrementa el riesgo de sufrir un cáncer de mama
Factores demográficos	Zona geográfica (países occidentales) Sexo femenino Edad elevada Nivel socio-económico bajo
Factores endógenos	Edad tardía de la menopausia (> 54 años) Edad temprana de la menarquía (< 12 años) Nuliparidad o edad avanzada al primer parto No lactancia Actividad física escasa
Factores exógenos	Uso de anticonceptivos orales Empleo de terapia hormonal sustitutiva Exposición a radiaciones ionizantes en la adolescencia
Características físicas	Obesidad en mujeres post-menopáusicas Niveles elevados de IGF-1 Historial de patologías benignas de carácter proliferativo en la mama Tejido mamario denso a la mamografía Elevada densidad ósea en mujeres posmenopáusicas
Dieta	Consumo de alcohol Baja ingesta de ácido fólico Elevada ingesta de grasas saturadas
Factores protectores	
Región geográfica (África, Asia) Edad temprana para el primer parto Elevada paridad y lactancia Edad temprana de la menopausia Consumo de frutas y verduras Actividad física Consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE)	

acumulación de alteraciones genéticas que provocan finalmente la carcinogénesis, mientras que para Cavallieri *et al.* (2000) y Furhman *et al.* (2012) se debería a la actividad genotóxica de los metabolitos estrogénicos, sobre todo los hidroxilados. En cualquiera de los dos casos, el riesgo de sufrir un tumor mamario se incrementaría si los periodos de exposición son largos.

Por lo que respecta a la menarquía, la edad temprana de esta (menos de 12 años) incrementa el riesgo de sufrirlo (Kelsey *et al.*, 1993; Berkey *et al.*, 1999), estimándose que este riesgo aumenta en 1,05 por cada año que la menarquia se adelanta (*Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer*, 2012). Algo parecido ocurre por cada año que se retrasa la menopausia (*Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer*, 2012). A su vez, la inducción quirúrgica de la menopausia (ovariectomía o histerectomía) antes de los 35 años reduce en un 60% el riesgo de padecerlo, con relación a las mujeres que sufren la menopausia de forma natural (McPherson *et al.*, 2000).

Por otro lado, dietas ricas en fitoestrógenos, sustancias ampliamente distribuidas en el reino animal, se han relacionado con un menor riesgo de sufrir tumores mamarios (Oldenburg *et al.*, 2007), sobre todo cuando se ingieren en la adolescencia (Anderson *et al.*, 2013), aunque para Gikas y Mokbel (2005) este efecto no resulta tan claro.

También la obesidad en las mujeres postmenopáusicas aumenta el riesgo de sufrir un tumor de mama (La Vecchia *et al.*, 2011; Neuhauser *et al.*, 2015). Este riesgo se incrementa un 8% por cada 5 kg de peso ganado (con relación al peso que se considera adecuado) (Huang *et al.*, 1997; Trentham-Dietz *et al.*, 2000; Laman *et al.*, 2004), lo que probablemente tenga relación con mayores niveles de estrógenos endógenos en las mujeres obesas (McTiernan *et al.*, 2003). Igualmente, Biglia *et al.* (2004) encontraron una correlación positiva en mujeres posmenopáusicas entre el aumento de la densidad de masa ósea y un mayor riesgo de cáncer de mama, lo que se explicaría teniendo en cuenta que los estrógenos ayudan a mantener la masa ósea. Por otro lado, Aaldriks *et al.* (2013) señalaron que la malnutrición y la fragilidad aumentan el riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres mayores de 70 años de edad. Un estudio

similar reveló asimismo que las pacientes mayores de 65 años que presentan una menor puntuación en el test de Valoración Geriátrica Integral (CGA) eran más sensibles a las reacciones adversas de la quimioterapia antineoplásica (Hamaker *et al.*, 2014).

Hankinsson *et al.* y Lagerros *et al.* pusieron de manifiesto en 2004 que la actividad física desarrollada en la época adolescente y juvenil reducía el riesgo de sufrir un cáncer de mama en un 20%. Este efecto podría achacarse a un retraso en la aparición de la menarquía y a la modificación de los niveles de hormonas circulantes. Asimismo, el uso de antiestrógenos como el tamoxifeno, la edad temprana del nacimiento del primer hijo, la lactancia materna y la elevada paridad tienen igualmente efectos protectores frente al cáncer de mama (Oldenburg *et al.*, 2007; Nelson *et al.*, 2012; Phillips *et al.*, 2013).

Por lo que respecta a la densidad mamaria, el aumento de esta en un 75% supone multiplicar aproximadamente por 5 el riesgo de sufrir un cáncer de mama en comparación con mujeres en las que este aumento es inferior al 5% (Byrne *et al.*, 2001; Boyd *et al.*, 2002). La nuliparidad y la elevada densidad del tejido mamario parecen actuar sinérgicamente, incrementando en este caso el riesgo hasta 7 veces (van Gils *et al.*, 2000; Nelson *et al.*, 2012).

Se sabe asimismo que ciertos tipos de lesiones mamarias benignas pueden considerarse factores de riesgo de sufrir un tumor de mama, considerándose alteraciones precursoras de éste. Así, mujeres que presentan hiperplasias epiteliales atípicas severas tienen un riesgo entre 4 y 5 veces mayor de desarrollar un cáncer de mama frente a mujeres que no han sufrido ningún cambio proliferativo en sus mamas. Este riesgo llega a ser 9 veces superior si además presentan un historial familiar de tumores mamarios (McPherson *et al.*, 2000).

Igualmente, la exposición de la glándula mamaria a dosis elevadas de radiaciones ionizantes aumenta el riesgo de sufrir un tumor mamario de forma dosis-dependiente (Tokunaga *et al.*, 1987; Hulka y Moorman, 2001; Dumitrescu y Cotarla, 2005). Por lo que respecta a las dosis utilizadas en las mamografías que se emplean en las pruebas de cribado de esta enfermedad,

Yaffe y Mainprize (2011) apuntan que este riesgo es mucho menor que la considerable reducción de la mortalidad que se consigue con este tipo de pruebas.

Los antecedentes familiares de cáncer de mama son también un factor de riesgo a tener en cuenta, multiplicando por dos las posibilidades de sufrirlo cuando las familiares lo son en primer grado (*Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer*, 1996). Este riesgo aumenta cuando lo hace el número de familiares afectadas, y es mayor para las mujeres cuyas familiares lo han sufrido a edades tempranas, han presentado procesos bilaterales o alteraciones mamarias benignas (McPherson *et al.*, 2000; Thomson y Easton, 2004). Se calcula que en los países occidentales el riesgo para las mujeres de sufrir un tumor mamario a lo largo de la vida es del 7,8% si no tienen familiares afectados, aumentando al 13,3% si hay un familiar afectado y al 21,1% cuando hay dos familiares que sufren esta misma enfermedad (*Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer*, 1996).

Por lo que respecta a los factores genéticos, se ha calculado que aproximadamente el 5-10% de todos los tumores mamarios están provocados por mutaciones genéticas. Estos genes se han agrupado en genes de alto riesgo, entre los que se incluyen los genes BRCA1, BRCA2, PTEN, TP53, LKB1/STK11 y CDH1 (con un riesgo superior a 4); y de riesgo moderado o bajo, entre los que se incluirían los genes CHEK2, TGF β 1, CASP8 y ATM (Oldenburg *et al.*, 2007; Apostolou y Fostira, 2013).

Los genes BRCA1 y BRCA2 son dos genes supresores tumorales cuya mutación confiere un riesgo elevado de sufrir un tumor de mama (Hall *et al.*, 1990; Easton *et al.*, 1993; Wooster *et al.*, 1994; Lalloo *et al.*, 2006; Fackenthal y Olopade, 2007), incrementando tanto su agresividad como su aparición a edades más tempranas (Haffty *et al.*, 2009; Lubinski *et al.*, 2012). También predisponen a la aparición de tumores de ovario, y un porcentaje sustancial de familias con tumores de mama u ováricos presentan mutaciones en los genes BRCA1 y/o BRCA2 (Ford *et al.*, 1998; Narod, 2002; Mavaddath *et al.*, 2013). Ford *et al.* (1998) calcularon que en las familias con casos múltiples de cáncer

de mama, la enfermedad se asociaba con mutaciones en el gen BRCA1 en el 52% de ellas y con el BRCA2 en el 32%. No obstante, es complicado cuantificar de forma precisa la magnitud de este riesgo, pues se necesitan largos periodos de seguimiento y un gran número de individuos para que los estudios sean fiables. Este riesgo también varía con la edad de la paciente al diagnóstico o el tipo y localización del tumor (de mama o de ovario; contralateral o unilateral) (Antoniou *et al.*, 2003; Berg *et al.*, 2008) o la paridad de las mujeres (Cullinane *et al.*, 2005; Andrieu *et al.*, 2006; Milne *et al.*, 2010). Otras mutaciones de alto riesgo son las que afectan al gen TP53 en el síndrome de Li-Fraumeni (Garber *et al.*, 1991; Malkin, 1994; Rath *et al.*, 2013), del gen PTEN en el síndrome de Cowden (Nelen *et al.*, 1996; Jung, 2009; Tan *et al.*, 2012), al STK11/LKB1 en el síndrome de Peutz-Jegher (Hemminki *et al.*, 1998), o al gen CDH1 en el síndrome Cáncer Gástrico Hereditario de Tipo Difuso (síndrome HDCG) (Chang y Wong, 2001).

En la actualidad, a pesar de existir la posibilidad de realizar un test genético para conocer las mutaciones anteriormente descritas, no existe una rutina a nivel mundial en este sentido, pues se cree que la paciente necesita asesoramiento antes de someterse a tal situación. Dichas pruebas tienen consecuencias no sólo para la paciente en concreto sino para su familia por la afectación genética propiamente dicha: a una mujer que da positivo en la mutación del gen BRCA se le podría llegar a recomendar una mastectomía bilateral, con las consecuencias que podría tener a nivel físico y psicológico (Moyer *et al.*, 2014).

Diagnóstico

En el caso del cáncer de mama, la primera toma de contacto de una paciente con el sistema sanitario se suele deber a la presencia de una masa palpable en uno de sus pechos: éste es el hallazgo más común en la historia y el examen físico de las pacientes con este tipo de cáncer. La lesión neoplásica se suele presentar como una masa única, unilateral, dura, de contornos irregulares, indolora y que no se moviliza con independencia del tejido

mamario (Lopez-Barajas, 2005). En ocasiones puede observarse también la eliminación espontánea de secreciones de tipo seroso o hemático a través del pezón. Los signos inflamatorios locales, el engrosamiento cutáneo, la fijación a la pared torácica, la retracción del pezón o la presencia de adenopatías axilares pueden asimismo acompañar al nódulo mamario encontrado (Andersen *et al.*, 1979). Estudios más recientes destacan que los signos de alarma de la aparición de un cáncer de mama pueden ser generales (astenia, anorexia, pérdida de peso, etc.), o estar relacionados con su localización o diseminación (bultos o tumores, cambios y/o secreciones por el pezón, dolor mamario, cambio en el tamaño o forma de la mama y alteraciones cutáneas) (Eisner *et al.*, 2011).

Cuando una paciente consulta por una lesión mamaria indicativa de malignidad, el diagnóstico correcto ha de establecerse mediante una valoración adecuada de los datos clínicos y radiológicos así como del análisis histopatológico o citológico de la lesión. La triada constituida por la clínica, la mamografía y el estudio histopatológico llevarán al diagnóstico de la lesión estudiada y permitirán plantear el tratamiento más adecuado.

El **examen físico** es la primera prueba a realizar. La *American Cancer Society* ha recomendado que la frecuencia de este examen físico por parte del médico fuera de un examen anual para aquellas mujeres que superaran los 40 años y de un examen cada 3 años para las que tuvieran menos de esta edad (American Cancer Society, 2014). Se dispone, además, de otras pruebas diagnósticas de carácter invasivo y no invasivo que se describen a continuación de forma breve.

Pruebas diagnósticas no invasivas

Mamografía

La mamografía es la técnica radiológica más utilizada, y también la más indicada, tanto para el cribado como para el diagnóstico de las pacientes. Esta técnica es capaz de detectar tumores mamarios antes de que sean palpables o se manifiesten mediante el examen físico, tumores que se hallarían en un

estadio más incipiente que otros de mayor tamaño ya detectables clínicamente. De hecho, se considera que tiene una sensibilidad para detectar hasta el 90% de los tumores en mujeres con más de 50 años (Osborn y Vaughan-Williams, 2010).

El empleo de la mamografía como técnica de cribado ha demostrado su eficacia en estudios a gran escala llevados a cabo por el *Health Insurance Plan* (HIP) o por el *Breast Cancer Detection Demonstration Project*, diagnosticando tumores no palpables en estadios tempranos, y asociándose este diagnóstico temprano a una menor mortalidad por cáncer de mama en las pacientes sometidas al control mamográfico (Fletcher *et al.*, 1993; Miller y van Slooten, 1983; Alexander *et al.*, 1994).

No obstante, a pesar de su elevada especificidad y sensibilidad, una mamografía negativa no excluye la posibilidad de un carcinoma, ya que el índice de falsos negativos oscila entre un 6 y un 46%, sobre todo si las pacientes son jóvenes, tienen mamas densas (Rosenberg *et al.*, 1998) o presentan tumores mucinosos, de tipo lobular o de crecimiento rápido (Kerlikowske *et al.*, 1996; Porter *et al.*, 1999; Osborn y Vaughan-Williams, 2010). Por ello, los datos clínicos deben siempre complementar los radiológicos. Además, debe hacerse una biopsia a una masa clínicamente sospechosa aunque los datos mamográficos no sean concluyentes en el diagnóstico de malignidad. En este sentido, diversos estudios han puesto de manifiesto que la biopsia mamaria detecta la presencia de carcinomas en un 20-30% de las pacientes que se han sometido a la mamografía (Friedmen *et al.*, 1986; Miller, 1991; Gastrin *et al.*, 1994).

La mamografía debe preceder siempre a la biopsia, pues ayuda a evaluar la mama contralateral y permite buscar lesiones ocultas en la mama afectada, proporcionando igualmente información de la probable afectación de los ganglios linfáticos, que con frecuencia se detecta antes radiológicamente. Finalmente, si la apariencia de la zona estudiada es claramente benigna, la mamografía puede retrasar o incluso suprimir la práctica de una biopsia.

Todas las mujeres con antecedentes de neoplasia lobulillar o carcinoma de mama, historia familiar de tumores mamarios, papilomatosis intraductal o enfermedad quística deben someterse a mamografías periódicas. Según el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Castilla y León (2009), en estas mujeres estaría indicado un seguimiento con exámenes seriados que deben realizarse cada seis meses con el fin de observar modificaciones en el patrón de la lesión. Este programa incluye una población diana que ronda aproximadamente las 370.000 mujeres que se encuentran en la horquilla de edad de entre los 45 y los 69 años (Junta de Castilla y León, 2009).

No obstante, otros estudios (Verbek y Hendriks, 1996; Dershaw, 2000; Scharading *et al.*, 2008) han señalado que la mamografía puede presentar algunos problemas, como la necesidad de que tenga una calidad óptima, la de ser llevada a cabo por personal altamente cualificado y entrenado para su correcta interpretación, y que la radiación a la que son sometidas las pacientes, aunque mínima con los equipos modernos, sigue siendo un elemento negativo, sobre todo cuando se realizan exploraciones repetidas en el caso de los estudios de cribado.

En los últimos años se ha creado cierta controversia en relación al cribado del cáncer de mama y los falsos positivos. Diversos estudios han puesto de manifiesto que al menos un 22-31% de los tumores de mama diagnosticados mediante las mamografías de los programas de cribado son sobrediagnosticados, es decir, que corresponden a tumores que nunca hubieran producido síntomas ni hubieran causado la muerte a las pacientes (Jørgensen y Gøtzsche, 2009; Kalager *et al.*, 2010; Bleyer y Welch, 2012; Miller *et al.*, 2014), señalando además que las técnicas de cribado tienen poco efecto en la mortalidad por cáncer de mama (Bleyer y Welch, 2012; Miller *et al.*, 2014).

Schousboe *et al.* (2011) señalaron que la mamografía como prueba diagnóstica reduce la mortalidad por cáncer de mama, pero que también conlleva riesgos. Gotzsche *et al.* (2011) estimaron que con el cribado del cáncer de mama mediante mamografía se reducía la mortalidad en un 15% pero que existía un riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento del 30%.

Ecografía

La ecografía se ha empleado en la evaluación diagnóstica del cáncer de mama desde hace más de 50 años, si bien los instrumentos de alta resolución sólo se utilizan en nuestro país desde hace 8 años aproximadamente. Se suele emplear bien como método complementario a la mamografía o bien como único método de imagen en mujeres menores de 35 años (en las que la densidad de la mama puede dificultar el diagnóstico con la mamografía). En este caso, no se considera un buen método de cribado en pacientes asintomáticas al no poder diferenciar con certeza lesiones benignas de aquellas que son malignas (Osborn y Vaughan-Williams, 2010). Es una técnica indicada en pacientes de alto riesgo que no toleran la resonancia magnética (Berg *et al.*, 2008).

Su virtud fundamental consiste en que es capaz de distinguir entre masas sólidas y quísticas (Kopans, 1994), siendo útil como guía en el procedimiento de aspiración con aguja fina para la localización de las lesiones (Osborn y Vaughan-Williams, 2010), mientras que en otras ocasiones puede tenerse en cuenta a la hora de estudiar masas ya detectadas con el fin de investigar su morfología. No obstante, puede no detectar masas de diámetro inferior a 5-10 mm o no visualizar lesiones presentes en mamas con abundante tejido adiposo.

Tomografía Axial Computerizada (TAC)

El TAC ha sido empleado también como técnica de imagen en las patologías mamarias, aunque su utilidad es muy limitada ya que el examen requiere un largo periodo de exposición y la radiación recibida por las pacientes es mayor que la emitida por la mamografía convencional. No obstante, sí se emplea en pacientes para detectar la presencia de metástasis (Osborn y Vaughan-Williams, 2010).

Resonancia magnética

La resonancia magnética podría ser útil para definir lesiones localizadas en la profundidad del tejido glandular y para detectar la invasión muscular por parte del tumor o la existencia de adenopatías axilares, pero en casos muy específicos, pues su elevado coste la excluye como técnica de cribado en pacientes asintomáticas.

Esta técnica está indicada cuando hay una discrepancia en la extensión del tumor entre los estudios clínicos, mamográficos y ecográficos, con el fin de asegurar el tamaño de los carcinomas lobulares si se contempla realizar cirugía conservadora de la mama, o si la densidad del tejido mamario impide hacer un diagnóstico mamográfico certero (Osborn y Vaughan-Williams, 2010). No obstante, el ensayo COMICE ha señalado que no se consigue un beneficio significativo a la hora de reducir las tasas de una segunda operación al añadir la resonancia magnética a la clásica triada diagnóstica (Drew *et al.*, 2008). Es una técnica que se recomienda en mujeres con mutaciones genéticas relacionadas con el cáncer de mama, aquellas que presenten un riesgo superior al 20% de presentar un tumor de mama a lo largo de su vida, las que han recibido radioterapia en el pecho entre los 10 y 30 años o si presentan síndromes genéticos que incrementan el riesgo de presentar un tumor mamario como el síndrome Li-Fraumeni (Mainiero *et al.*, 2013). En una población de alto riesgo, la combinación mamografía-resonancia magnética presenta una mayor sensibilidad a la hora de detectar tumores mamarios (92,7%) que la combinación mamografía-ecografía (52%) (Berg, 2009).

Pruebas diagnósticas invasivas

Una vez que la anamnesis, el examen físico y los estudios radiográficos han definido las características de la masa estudiada así como del resto del tejido mamario, se debe recurrir a los procedimientos invasivos para establecer el diagnóstico definitivo. Estos incluyen la citología por aspiración y diferentes tipos de biopsia.

Citología por aspiración

Como su propio nombre indica, con este procedimiento se lleva a cabo una aspiración desde la zona de la mama de la que se sospecha puede haber tejido tumoral con una aguja fina conectada a una jeringuilla. Con el material obtenido se realizará un examen citológico. Esta técnica tiene el inconveniente de que puede no ser posible realizar un estudio histológico al destruirse la arquitectura tisular con el aspirado. En este caso, la tasa de falsos negativos se calcula que puede estar situada en un 11,1%; oscilando según el estudio considerado entre un 0,7 y un 22%, mientras que la de falsos positivos es tan sólo de un 0,17% (Innes y Feldman, 1983; Feldman y Covell, 1985). Por otro lado, sobre la muestra tomada tampoco es posible realizar un estudio de receptores hormonales (Osborn y Vaughan-Williams, 2010).

Biopsia

Consiste en la toma de una muestra de células o tejido de una masa sospechosa (Karabakhtsian *et al.*, 2007). En este caso sí permite realizar un análisis anatomopatológico de la muestra tomada, haciendo posible establecer de forma precisa la naturaleza de la lesión mamaria.

Existen varios tipos de biopsias. La elección de uno u otro dependerá en cada caso de factores como el tamaño del bulto o zona anormal, la localización en la mama, el número de bultos encontrados, otros problemas médicos o las preferencias de la paciente siempre que ello sea posible. Entre estos pueden citarse:

- a) Biopsia por aspiración de aguja fina: se utiliza una aguja muy fina para extraer una muestra de las células del bulto.
- b) Biopsia guiada por ecografía: consigue obtener tejido de la mama sin cirugía ya que la aguja se inserta dentro del tejido mamario, fijándose mediante ecografía la correcta colocación de la misma.

- c) Biopsia estereotáctica: este procedimiento conlleva centrar el área a examinar en el compartimento de un instrumento especialmente diseñado para ello. El radiólogo hace tomas mamográficas para estudiar el área afectada, haciendo posteriormente una incisión en la piel para proceder a la extracción de la muestra a estudiar.
- d) Biopsia por incisión: en este caso se extirpa parte del nódulo o áreas sospechosa para poder hacer el diagnóstico.
- e) Biopsia por excisión: consiste en la extracción completa del nódulo. Si además se eliminan bordes sanos alrededor del mismo coadyuva en el tratamiento del tumor.
- f) Biopsia de ganglios linfáticos centinela: este tipo de biopsia se utiliza para encontrar el primer ganglio linfático, o los primeros ganglios, donde es más probable que se diseminen las células del tumor primario, permitiendo extraer sólo los ganglios afectados por las células tumorales.

Las células o tejidos que son extraídos con cualquiera de los tipos de biopsias anteriores son analizados posteriormente por el anatomopatólogo, diagnosticando los posibles tejidos anormales encontrados (Jirstrom *et al.*, 2003). Las posibilidades de diagnóstico en estos tejidos se recogen a continuación (tabla 2).

Tratamiento del cáncer de mama

Como ya se ha señalado anteriormente, en la actualidad se dispone de varias modalidades de tratamiento del cáncer de mama, modalidades que se describen brevemente a continuación.

Tabla 2. Diagnóstico de patologías mamarias (Harris *et al.*, 2007).

Benignas	Malignas
Condición fibroquística	Carcinoma ductal infiltrante
Fibroadenoma	Carcinoma lobulillar
Ectasia ductal	Carcinoma ductal <i>in situ</i>
Papiloma	Carcinoma papilar
Hiperplasia ductal atípica	Carcinoma mucinoso
Mastitis	Carcinoma indiferenciado
Lipoma	Carcinoma
Tumor filodes benigno	Carcinoma medular
Ectasia canalicular	Tumor filodes maligno
Necrosis adiposa	Carcinoma inflamatorio
Enfermedad de Reclus	Carcinoma epidermoide I
	Liposarcoma
	Enfermedad de Paget

Cirugía

La cirugía constituyó la única posibilidad terapéutica frente al cáncer de mama durante siglos, normalmente mediante la extirpación de la mama. Hoy día, la mayoría de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama siguen un tratamiento quirúrgico que se puede acompañar de radioterapia, quimioterapia antineoplásica u hormonoterapia. Tradicionalmente las opciones quirúrgicas disponibles han sido la cirugía conservadora de mama o la mastectomía, a las que se han añadido diversos tipos de procedimientos oncoplásticos conservadores de la mama.

Para aquellas pacientes con una lesión única que mida 4 cm o menos (invasiva o carcinoma ductal *in situ* (DCIS)) está indicada la cirugía conservadora, eliminando parte del tejido sano circundante. En el caso de los tumores DCIS se recomienda como margen óptimo 2 mm, pero para los tumores invasivos el margen no está tan claro. En este último caso se debe

informar a las pacientes de que aproximadamente 1 de cada 10 pacientes necesitan cirugía posterior para conseguir márgenes más seguros, y que todas las pacientes con tumores invasivos requieren radioterapia (Osborn y Vaughan-Williams, 2010). En general, no se han encontrado diferencias significativas en las tasas de recurrencia local o en la supervivencia de las pacientes cuando se compara la cirugía conservadora más radioterapia con la mastectomía, situándose en ambos procedimientos en valores inferiores al 5% a los 5 años (Osborn y Vaughan-Williams, 2010).

En el caso del tratamiento quirúrgico, también se han desarrollado técnicas quirúrgicas oncoplásticas que permiten conservar el pecho. En las mujeres con glándulas mamarias grandes y tumores en la mitad inferior del pecho estas técnicas son adecuadas para llevar a cabo una reducción de pecho (como mamoplastia terapéutica), habiéndose obtenido excelentes resultados cosméticos incluso cuando las pacientes han requerido radioterapia y, a menudo, una intervención en la mama contralateral para devolverlas la simetría.

Por lo que respecta a la mastectomía, es la técnica más adecuada en tumores que miden más de 4 cm, los multifocales o aquellos que presentan recurrencia local tras cirugía conservadora. En este caso, puede hacerse o no una reconstrucción mamaria, que puede ser inmediata o posterior. Otras indicaciones incluyen aquellas mujeres que desean evitar la radioterapia, como procedimiento utilizado para reducir el riesgo en pacientes con alto riesgo de sufrir un tumor de mama, y los tumores mamarios masculinos. La radioterapia debería ofrecerse a las pacientes que presentan afectación cutánea o torácica, tumores inflamatorios o si se ven afectados más de 4 ganglios axilares, ya que tienen un elevado riesgo de recurrencia (Osborn y Vaughan-Williams, 2010).

Dentro de la mastectomía existen diferentes tipos dependiendo del mayor o menor grado de agresividad del tratamiento del cáncer de mama diagnosticado (Latre *et al.*, 1994):

1. Mastectomía radical: consiste en la extirpación completa de la glándula mamaria, de ambos pectorales y el vaciamiento axilar completo. Ha sido el tratamiento quirúrgico estándar del cáncer de mama hasta hace

aproximadamente 25 años. En la actualidad está indicada en casos avanzados con afectación locorregional, en tumores que invaden el músculo pectoral mayor, en determinados casos en estadio III-A tras quimioterapia, tumores localmente avanzados que no mejoran con quimioterapia adyuvante y cuando los ganglios interpectores de Rotter están claramente afectados (Osborne *et al.*, 1999).

2. Mastectomía radical ampliada: en este caso a la mastectomía radical se le asocia la extirpación de los ganglios de la mamaria interna, bien de forma discontinua o en bloque con la pared ósea torácica, que posteriormente se tendría que reforzar con mallas. Esta técnica prácticamente está en desuso en la actualidad por lo agresivo de la intervención (Urban *et al.*, 1990).
3. Mastectomía superradical: a la mastectomía anterior se le asocia la disección de los ganglios supraclaviculares, extirpando parte de la clavícula y la primera y segunda costillas. De nuevo, se trata de una técnica que casi no se utiliza por el mismo motivo que la anterior (Urban *et al.*, 1990).
4. Mastectomía radical modificada: en este tipo de mastectomía se distinguen dos tipos de técnicas:
 - a) De Patey, en la que se extirpa la glándula mamaria con el músculo pectoral menor y la fascia del pectoral mayor, con vaciamiento axilar completo (Osborne *et al.*, 1990).
 - b) De Madden y Auchincloss, en la que se extirpa la glándula mamaria sin músculos pectorales, con vaciamiento axilar, a poder ser completo (Herranz, 1998).

Estos dos tipos de mastectomías son los más utilizados actualmente, estando indicadas en tumores de más de 3 cm, multifocales, algunos sarcomas sin invasión de pectorales, tumores en estadios I y II, aquellos que están en estadio III como parte del tratamiento multimodal, tumores de mama durante el embarazo, recidiva tras cirugía conservadora y cáncer de mama en el varón (Escobeso *et al.*, 1996).

5. Mastectomía simple: consiste en la extirpación de la glándula mamaria pero sin vaciamiento axilar. Este tipo de mastectomía tiene más como objetivo paliar que curar el cáncer. De hecho, se utiliza como técnica de “limpieza” en los siguientes casos: lesiones multicéntricas de carcinoma canalicular *in situ*, citosarcoma *phylloides* y sarcomas invasivos cuando no están fijos, así como lesiones de mama poco frecuentes (melanoma, dermatofibrosarcoma *protuberans*, linfoma, actinomicosis). Además, debe valorarse como profilaxis en pacientes de alto riesgo (Vazquez *et al.*, 1996).
6. Mastectomía subcutánea: en este caso se extirpa la mayor parte de la glándula mamaria, conservando la piel, el pezón y la areola, sin hacer tampoco vaciamiento axilar. Este tipo de mastectomía tiene dos indicaciones fundamentales: las mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama y la enfermedad mamaria benigna extensa, que puede llevar a confusión en la exploración física o mamográfica (Latre *et al.*, 1994).

Por otro lado, todas las pacientes que deban someterse a tratamiento quirúrgico en la mama a consecuencia de un tumor invasivo o un DCIS extenso deberían seguir también algún procedimiento de cirugía axilar, con el fin de proporcionar información sobre el pronóstico de la enfermedad y establecer el tratamiento adyuvante más adecuado a cada caso, así como hacer posible un control de la enfermedad a nivel locorregional (Taneja y Gardner, 2000; Osborn y Vaughan-Williams, 2010). Entre los métodos quirúrgicos a este nivel se incluyen (Taneja y Gardner, 2000; Osborn y Vaughan-Williams, 2010):

- a) Linfadenectomía axilar: se calcula que en la zona hay aproximadamente entre 17 y 27 ganglios. La eliminación de los ganglios axilares no está exenta de riesgos, entre los que se pueden citar el linfedema a nivel del brazo, la rigidez del hombro (hombro congelado) y parestesias por lesión del nervio intercostobraquial.

- b) Toma de muestras de ganglios axilares: en este caso se diseccionan 4 ganglios axilares al azar. Ha sido sustituida por la biopsia del ganglio centinela.
- c) Biopsia del ganglio centinela: es una técnica mínimamente invasiva que se basa en el principio de que el tumor drena en una cadena de ganglios linfáticos. Si el primero de ellos no se ha visto afectado por el tumor el resto de ganglios estarían libres de éste, y no sería necesario eliminarlos. Si por el contrario sí hubiera afectación, se necesitaría diseccionar más ganglios. No obstante, en un 20% de los casos no es posible identificar correctamente el ganglio centinela: la axila recibe aproximadamente el 75% del drenaje linfático de la mama, siendo el resto eliminado hacia la cadena de ganglios mamarios internos, de forma que pueden producirse metástasis. Mansel *et al.* (2006) la consideran una técnica fiable y segura, que se asocia con una morbilidad de linfedema más baja. A este procedimiento se le pueden adicionar otro tipo de técnicas intraoperatorias para valorar el ganglio centinela como la citología por impronta o estudios genéticos moleculares que detectan metástasis en este nódulo linfático mayores de 0,2 mm.

Dentro de este apartado debemos hacer una mención especial, por la importancia que tiene para la mujer con cáncer de mama, a la cirugía reconstructiva postmastectomía, que se puede definir como *todas aquellas técnicas quirúrgicas que permiten la devolución de la integridad corporal a las mujeres mastectomizadas* (Vázquez *et al.*, 1998). Esta alternativa disminuirá el impacto psicológico en la mujer como consecuencia de la pérdida de una mama, lo que tiene una relación directa con su sentido de la feminidad, haciéndola sentir más segura al mismo tiempo en su entorno familiar y social.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2014), el momento de llevarla a cabo puede ser en la misma intervención quirúrgica en la que se realice la mastectomía, dentro del periodo de postoperatorio o bien más demorada. La técnica utilizada es aquella que proporciona un buen volumen, movilidad y elasticidad en una única intervención. Entre los factores a tener en cuenta a la hora de realizarla se incluyen todos aquellos que tienen que ver con la zona afectada: existencia o no de musculatura pectoral, situación de las cicatrices o características de la piel. En la actualidad existen dos posibles técnicas:

1. Implantación de un expansor lleno de suero durante unas semanas, que irá dilatando la piel para posteriormente implantar una prótesis de silicona.
2. Utilización de tejidos de la propia paciente, que pueden proceder bien de la espalda o del tejido graso del abdomen. La reconstrucción del pezón y la areola se realizará bien con injerto de piel de la ingle o mediante tatuaje. Es una técnica más compleja pero con resultados satisfactorios si se lleva a cabo adecuadamente.

Gracias a este tipo de cirugía, que aproximadamente llevan a cabo un 20-45% de las mujeres (Lee *et al.*, 2001; Alderman *et al.*, 2006 y 2007; Christian *et al.*, 2006), está desapareciendo la figura de mujer mastectomizada y mutilada, lo que permite mejorar la calidad de vida de las pacientes, influyendo asimismo decisivamente en recuperar la ilusión y la seguridad en sí mismas.

Radioterapia

Previamente al descubrimiento de la quimioterapia, la radioterapia era el único tipo de tratamiento posoperatorio para las pacientes a las que se realizaba una mastectomía. La introducción de los fármacos antineoplásicos en el tratamiento del cáncer de mama hizo dudar de la necesidad de administrar radioterapia a dichas pacientes. En la actualidad se ha demostrado que la radioterapia aumenta el número de mujeres que sobreviven a este tipo de

cáncer, al reducir el riesgo de aparición de metástasis con un mínimo de toxicidad (*Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group*, 2014).

El objetivo de la radioterapia es la aplicación local de distintos tipos de radiación en función de las características del tumor, con el fin de eliminar o reducir las células tumorales en el área en el que se administra. En el caso de que se trataran también los ganglios regionales, el tratamiento pasaría a ser locorregional.

Este tipo de tratamiento, según Cuncins-Hearn *et al.* (2004), debe llevarse a cabo tras la cirugía conservadora, y según el *National Center Institute* (2009), se puede emplear en mujeres a las que se les ha realizado previamente una mastectomía (bien porque el tumor sea demasiado grande o porque exista una afectación axilar importante). Se distinguen dos tipos de radioterapia, dependiendo de la forma de administración:

- a) Externa: es la forma más habitual y depende en gran medida de la situación clínica en la que se encuentre la paciente a tratar. El tratamiento se divide en sesiones diarias de radiación como la cobaltoterapia o el acelerador de electrones, que se administrarán sin necesidad de que la paciente mantenga un contacto directo con la máquina a través de la cual recibe el tratamiento.
- b) Interna o braquiterapia: en este caso lo que se pretende es que haya un contacto directo de las sustancias radiactivas con el lugar donde se localizan las células tumorales o donde se sospecha que han metastatizado. El tratamiento dura aproximadamente entre 5 y 15 días, en los que la sustancia se mantendrá en la zona elegida, lo que tiene dos ventajas: hacer que el tratamiento esté mucho más localizado y, por tanto, que provoque menos reacciones adversas en la paciente, y acortar su duración.

Quimioterapia

El uso de la quimioterapia en el cáncer de mama se inició en la década de los años 50, y desde entonces ha alcanzado un importante desarrollo, pudiendo considerarse el cáncer de mama como uno de los tumores con más amplio espectro de respuesta a determinados fármacos. La quimioterapia antineoplásica es uno de los tratamientos coadyuvantes utilizados de forma habitual en el caso del cáncer de mama, que se administra de forma sistémica (oral o intravenosa), con el fin de eliminar las células tumorales tanto dentro como fuera de la mama.

Dada la gran heterogeneidad de los estudios publicados, los diferentes criterios de inclusión de las enfermas, la variabilidad de las dosis administradas (y, por consiguiente, de los protocolos), la diferente valoración de las respuestas, las distintas formas de administración de los fármacos, etc., no es posible describir tratamientos específicos. Únicamente se presentan algunas de las combinaciones de fármacos más utilizados, que incluyen (López-Tarruella y Martín, 2009; Miller *et al.*, 2014):

- a) (CMF). Ciclofosfamida, metotrexato y 5-fluoruracilo.
- b) (FAC). Ciclofosfamida, doxorubicina y 5-fluoruracilo.
- c) (AC-T). Doxorubicina y ciclofosfamida seguidas de paclitaxel.
- d) (TAC). Doxorubicina, ciclofosfamida y docetaxel.
- e) (AT). Doxorubicina y paclitaxel.
- f) (AT). Doxorubicina y docetaxel.

El régimen CMF es uno de los más antiguos empleados en el cáncer de mama, introducido por Bonadonna *et al.* en 1976, calculándose una reducción en la mortalidad de un 6,2% tras un seguimiento de 10 años (Palmieri y Jones, 2012).

La introducción de las antraciclinas en el tratamiento del cáncer de mama mejoró de forma importante la eficacia de los tratamientos, tanto en relación a la tasa de supervivencia como a la del periodo libre sin enfermedad (Fisher *et al.*, 1989; *Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group et al.*, 2012), aunque otros estudios no encontraron diferencias en estos parámetros con relación al régimen CMF (Fisher *et al.*, 1990 y 2001).

La administración de los taxanos mejoró estos parámetros. Así, tras un periodo de seguimiento de 10 años, el régimen TAC presentaba mejores tasas de supervivencia y periodo libre sin enfermedad que el régimen FAC (Mackey *et al.*, 2013), mientras que la incorporación de paclitaxel al régimen AC (doxorubicina y ciclofosfamida) incrementaba en un 17% el periodo libre sin enfermedad y tan sólo un 7% la tasa de supervivencia (Mamounas *et al.*, 2005).

Actualmente estamos viviendo una época de rápidos avances en el campo de la quimioterapia antineoplásica, con el desarrollo de nuevos fármacos y nuevas estrategias de tratamiento que intentan mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las pacientes con esta enfermedad.

Por otro lado, existen también diferentes posibilidades a la hora de administrar este tipo de tratamiento sistémico:

- a) Tratamiento adyuvante: es el que se administraría a las pacientes tras un tratamiento locorregional, quirúrgico o radiológico, con el fin de eliminar las posibles micrometástasis que pudieran permanecer.
- b) Tratamiento neoadyuvante: en este caso el tratamiento se administra antes de la cirugía con el fin de reducir el tamaño del tumor y actuar al mismo tiempo frente a las células metastásicas ocultas. Esto favorecerá notablemente el acceso quirúrgico al tumor así como su extirpación y, en algunos casos, determinará el tipo de cirugía (se puede pasar de mastectomía a cirugía conservadora de la mama).

- c) Tratamiento en estadíos avanzados: en estos casos el objetivo de la terapia es de tipo paliativo, reduciendo el tamaño del tumor y el número de células tumorales, aliviando los síntomas que provoca la presencia del tumor en el organismo de la paciente, y prolongando su supervivencia con una calidad de vida aceptable.

Actualmente estamos viviendo una época de rápidos avances en el campo de la quimioterapia con el desarrollo de nuevos fármacos y nuevas estrategias de tratamiento que intentan mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las pacientes con esta enfermedad.

Hormonoterapia

La glándula mamaria es el órgano diana de numerosas hormonas de naturaleza esteroidea (estrógenos, progesterona, corticoides) y no esteroidea (prolactina, hormona del crecimiento, insulina, hormonas tiroideas), así como de diversos factores de crecimiento, cuya interacción coordinada contribuye a su crecimiento y desarrollo.

Se calcula que aproximadamente el 75% de los tumores de mama invasivos son positivos a la expresión de los receptores de estrógenos y/o de progestágenos en el momento del diagnóstico (Anderson *et al.*, 2002; Gligorov *et al.*, 2007). Por ello, la manipulación de la señalización estrogénica constituye la principal forma de terapia hormonal para estas pacientes. Este tipo de tratamiento presenta, en general, como ventaja sobre los agentes citotóxicos descritos anteriormente la de producir efectos adversos relativamente menos graves o severos.

Al igual que ocurre en otros tipos de tratamientos para el cáncer de mama, en la hormonoterapia se producen cambios constantes en cuanto a su aplicación a las pacientes a medida que se dispone de más información de los principios activos utilizados. Durante más de 30 años, el modulador selectivo del receptor estrogénico tamoxifeno ha constituido el pilar de la terapia antihormonal tanto en pacientes con tumores de mama avanzados como tempranos (*Early Breast Cancer Trialist Group*, 1998), seguido del megestrol

y de la aminoglutetimida, un inhibidor de la aromatasa (Kimmick y Muss, 1998). Se ha calculado que el tamoxifeno ha reducido la tasa de recurrencia del cáncer de mama en estadios iniciales positivos a receptores hormonales en un 13%, y la mortalidad relativa en un 9,1% (*Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group*, 2005).

En estos momentos, los inhibidores de la aromatasa de tercera generación (letrozol, anastrozol y exemestano), han reemplazado al megestrol (Buzdar *et al.*, 1998 y 2001; Dombernowsky *et al.*, 1998; Kaufmann *et al.*, 2000) y han desplazado al tamoxifeno como terapia inicial en mujeres con procesos avanzados (Bonnetterre *et al.*, 2000; Nabholz *et al.*, 2000; Mouridsen *et al.*, 2001 y 2003; Paridaens *et al.*, 2003). Otro compuesto que se ha incluido en el armamentario de terapias antineoplásicas endocrinas es el fulvestrant, antagonista puro del receptor estrogénico que presenta mayor afinidad por éste que el tamoxifeno. Como terapia de primera línea, presenta una eficacia similar a la del tamoxifeno en pacientes con tumores positivos a los receptores hormonales y menos reacciones adversas que éste (Robertson *et al.*, 2002; Johnston y Cheng, 2010).

El momento de emplear este tipo de tratamiento vendrá definido por las características de cada paciente y de su patología, de manera que, de forma similar a lo que ocurría con la quimioterapia, se pueden diferenciar entre tratamiento adyuvante, neoadyuvante y en fases avanzadas. También se plantea su uso profiláctico en mujeres con una mayor predisposición a padecer esta enfermedad, sobre todo en el caso del tamoxifeno (Strasser-Weippl y Gross, 2004).

Modificadores de la respuesta biológica

En este grupo se incluyen agentes que afectan de forma favorable la respuesta biológica de los pacientes a la neoplasia, bien mejorando la respuesta inmunitaria bien actuando de forma directa sobre las células tumorales (Chabner *et al.*, 2007).

Aproximadamente el 30% de los tumores de mama sobreexpresan la proteína HER2, lo que se relaciona con tumores más agresivos y peores pronósticos (Slamon *et al.*, 1989).

Los dos modificadores de la respuesta biológica aprobados en la actualidad en nuestro país para uso clínico en el cáncer de mama son el trastuzumab y el bevacizumab, anticuerpos monoclonales murinos humanizados IgG1 (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2015).

Inhibidores de la tirosin kinasa

Es un inhibidor específico y reversible de la tirosin kinasa que bloquea los receptores EGFR y HER2 (Fabian *et al.*, 2005), indicado en el tratamiento de tumores de mama en pacientes adultos que sobreexpresan HER2. Se utiliza en combinación con trastuzumab, capecitabina o inhibidores de la aromatasa (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2015).

Estrategias de prevención del cáncer de mama

Como se ha señalado en la introducción de esta memoria, entre las mujeres de los países occidentales el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente y la primera causa de muerte. En España, la incidencia según el estudio GLOBOCAN (Ferlay *et al.*, 2015a) era en 2012 de 67,3 por cada 100.000 mujeres. Sin embargo, si se compara tanto la incidencia como la mortalidad con las de otros países, ocupamos una posición más baja que estos, y en los últimos años la tendencia es a la disminución de la mortalidad.

Para calcular el riesgo individual se han desarrollado diferentes modelos de determinación que van a permitir estimar la probabilidad de que una mujer que presenta determinados factores de riesgo acabe sufriendo finalmente un cáncer de mama. Se estima que más del 35% de los tumores están relacionados con factores de riesgo modificables (Danaei *et al.*, 2005). El modelo de Gail es el más utilizado, no sólo para predecir el riesgo individual

estimado sino para incluir pacientes en ensayos clínicos aleatorizados, y tiene en cuenta tanto antecedentes familiares como personales. Es un modelo que además ha sido validado clínicamente (Rockhill *et al.*, 2001). No obstante, tiene como inconveniente que no posee capacidad pronóstica individual, por lo que hay que valorar la posibilidad de utilizar modelos que valoren el riesgo en mujeres con una posibilidad elevada de padecer un cáncer de mama con mutaciones en los genes BRCA.

En el caso de las mujeres con un elevado riesgo genético, éstas han de recibir asesoramiento para realizarse un estudio genético, denominado *consejo genético*, como por ejemplo los disponibles para las mutaciones BRCA1 y BRCA2 (Veltman *et al.*, 2008; Trainer *et al.*, 2010), lo que va a permitir controlar tanto el riesgo de padecer un cáncer de mama como las reacciones que se producen en la paciente tales como ansiedad, incertidumbre, depresión o temor extremo. En éste se realizarán recomendaciones personalizadas y pormenorizadas para la paciente y sus familiares, que consisten fundamentalmente en someterse a vigilancia y cribado, la modificación del estilo de vida, cirugía preventiva y quimioprevención, cada una de ellas en el momento que sea necesario (Campbell *et al.*, 2007). Ya en este momento habrá que tener especial cuidado con la paciente a nivel psicológico, pues este seguimiento exhaustivo que supone el estudio genético y la propia predisposición a padecer un cáncer de mama la van a marcar de forma importante.

Al hablar de cribado nos estamos refiriendo, como ya se ha señalado anteriormente, a la técnica de la mamografía, recomendada durante décadas y avalada por más de 40 años de investigación. Los programas de cribado del cáncer de mama han de respetar los principios éticos de las intervenciones dirigidas a poblaciones asintomáticas y garantizar una alta calidad en su resultado. La mamografía de cribado requiere un cumplimiento exigente de los estándares de calidad del mamógrafo y de los médicos radiólogos que las interpretan (Zakaria *et al.*, 2007). Además, es necesario minimizar sus efectos adversos: la repetición de mamografías (con el consiguiente aumento de la radiación recibida por las pacientes), las pruebas diagnósticas y biopsias

innecesarias, el dolor y las molestias al realizar las pruebas, la inadecuada comunicación de los resultados, así como evitar la ansiedad que todo ello puede suponer para las mujeres sometidas a este tipo de programas.

La sensibilidad de la mamografía de cribado se estima en torno al 90% aunque en estos resultados pueden influir diversos factores como el entrenamiento del técnico y el radiólogo, la edad de la mujer, la constitución de la misma, la densidad de la mama o la fase de menstruación en la que se encuentre.

En la actualidad, en algunos Servicios de Radiología la mamografía digital ha reemplazado a la convencional. Ambas técnicas son similares y también lo es su validez diagnóstica. Las ventajas de la mamografía digital son su mejor definición, su facilidad de almacenamiento de datos, la posibilidad de interpretación a distancia y la menor dosis de radiación utilizada, mientras que como inconveniente hay que señalar su coste, más elevado que la prueba convencional (Mellado y Osa, 2013).

La mayoría de sociedades científicas y planes de salud recomiendan la aplicación de programas de cribado del cáncer de mama. La única diferencia es la franja de edad considerada para su aplicación, que en la mayoría de los países europeos es a partir de los 50 años. En España la edad varía dependiendo de la comunidad autónoma en que se lleven a cabo (en Castilla y León, por ejemplo, se recomiendan a partir de los 45 años y hasta los 69 años).

Hay que destacar que los equipos de Atención Primaria tienen una posición privilegiada a la hora de aplicar este tipo de programas de salud. Los expertos han podido comprobar que cuando los profesionales de este sector se implican en los procesos de cribado los resultados mejoran de forma considerable. La forma en que intervienen es motivando a las mujeres a participar, dándoles consejos prácticos y, sobre todo, difundiendo que como resultado de la aplicación del cribado ha disminuido la mortalidad del cáncer de mama en los países occidentales y, entre ellos, en España.

Definición social del cáncer de mama

A la palabra *cáncer* con su correspondiente apellido, *de mama*, se le atribuyen aún hoy en día connotaciones que deberían haber desaparecido hace tiempo, dado, que esta enfermedad es curable en un porcentaje elevado de casos. No obstante, en el día a día de nuestra sociedad, cuando a una mujer se le diagnostica esta enfermedad o cuando en la calle se habla de ella “boca a boca”, se sigue sintiendo la sensación de amenaza de muerte, de incapacidad, de mutilación y de pérdida de feminidad.

Y podemos entender esta mala fama a través de la historia de la humanidad si echamos la vista atrás. Como ya se ha señalado en otros apartados de esta memoria, se considera que el cáncer es una enfermedad tan antigua como la vida misma (Cid, 1990; García, 1992; Potter, 2003). Así, se han hallado restos fosilizados de dinosaurios con restos de tumores. En el antiguo Egipto, algunos de sus habitantes ya padecieron esta enfermedad, y prueba de ello son los signos de lesiones tumorales encontradas mediante pruebas radiológicas en los huesos de momias egipcias entre los años 3000 y 1500 a.C. La descripción de algunos procesos tumorales también ha quedado recogida para la historia en el Papiro de Ebers o en el Ramayana hindú. En un principio, el cáncer se vio como un castigo de dioses o demonios, muy peligroso por su capacidad de contagio y que se transmitía de padres a hijos, de forma que el paciente que padecía esta enfermedad era repudiado por toda la comunidad.

Ya con estos antecedentes se puede comprender el significado de esta terrible palabra en la sociedad, y cómo se ha mantenido a través de la historia hasta nuestros días muy a pesar del desarrollo científico, que aboga por desterrar lo que de terrible tiene esta enfermedad. En este sentido,

durante los últimos años los medios de comunicación nos han bombardeado con la fatal frase *el cáncer mata*. El objetivo perseguido era bueno: conseguir el abandono por parte de los ciudadanos de hábitos perjudiciales como el tabaco, pero por desgracia también ha reforzado la creencia popular de que cáncer es sinónimo de muerte. Abse (1974) destaca la idea de que esta creencia incrementa enormemente el choque y la ansiedad de la persona que tiene cáncer cuando es diagnosticada, así como de su entorno más cercano.

Y todo ello se puede relacionar de forma directa con nuestra propia cultura. Cultura, según Sir Edward Tylor (1871), es *ese todo complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, leyes, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad*. Dicho de otra manera, cultura es todo lo que es socialmente aprendido y compartido por los miembros de una sociedad. El individuo recibe la cultura como parte de una herencia social y, a su vez, puede reformarla e introducir cambios que luego formarán parte de la herencia de generaciones venideras. En la actualidad, según Morin (2001), en la cultura del hombre contemporáneo, sobre todo en Occidente, se produce una auténtica negación de la enfermedad y de la muerte. El estilo de vida occidental contemporáneo ha modificado la percepción de la enfermedad y su situación dentro de la sociedad. En las grandes ciudades, donde en la actualidad se concentra la mayor parte de la población, la enfermedad ya no se vive en un grupo social, sino que se limita al círculo de los más allegados. La hospitalización, fenómeno muy frecuente en nuestros días, es la primera etapa de la separación entre el enfermo y sus familiares y, posteriormente, la intervención médica mediante la aplicación de determinados tratamientos, priva en ocasiones al individuo de muchos derechos, incluso sobre su muerte.

De esta manera, la premisa *el hombre muere* ha perdido la fuerza que en otros tiempos se le daba, cuando se le consideraba como parte principal del ser, con un carácter familiar e incluso entrañable. En nuestros días esa frase es sustituida por la de *el hombre padece enfermedades y muere: por*

accidente, por negligencia, porque no ha seguido ciertas prescripciones o reglas de salud, o, simplemente porque la ciencia no ha encontrado todavía la manera de curar todas las enfermedades. En consecuencia, hoy el hombre no es mortal sino que muere de alguna cosa. Y es a través del matiz que diferencia ambas afirmaciones como el hombre contemporáneo, inmerso en una sociedad que gira en torno a la valoración de la juventud como bien supremo, descarga sus reacciones frente al tabú y desvía el enfrentamiento con la enfermedad. En la misma medida en que antes la enfermedad y la muerte eran objeto de un temor sagrado, hoy se las considera como parte de la investigación médica y de la expectativa científica.

En el caso del cáncer de mama la situación se complica aún más, pues es uno de los tumores con mayor impacto psicológico por el conjunto de malos augurios que conlleva su nombre, por ser considerada como un presagio de dolor y de muerte, y por el efecto mutilante sobre lo que ha sido considerado a través de los tiempos un icono de la feminidad para la mujer: la mama.

Por suerte, este conjunto de conceptos no son estáticos, sino que han ido, van y continuarán evolucionando.

Informar a la paciente con cáncer de mama

La falta de una buena comunicación a la hora de dar el diagnóstico a este tipo de mujeres hace que, en muchos casos, recurran a sus propios conocimientos, adquiridos culturalmente o en el “boca a boca”, y tengan comportamientos inadecuados y preocupaciones desproporcionadas que generarán tensiones en la interacción terapéutica.

La finalidad de la información será, por tanto, la de proveer a la mujer con cáncer de mama de los elementos necesarios para poder controlar la situación a la que se enfrenta con respecto a su enfermedad, así como otros aspectos de su vida, como por ejemplo las relaciones interpersonales. Todo

ello con un objetivo fundamental, que es el de alcanzar un estado psicológico y emocional que favorezca la capacidad de afrontamiento de la enfermedad y la superación de la misma.

Según Wachtel (1993), hay que tener en cuenta el valor fundamental de la información cuando es adecuada y de calidad, pues la información mal administrada puede ser más lesiva que la no comunicación. La verdad contada por el médico a la hora de dar el diagnóstico de cáncer de mama ha de ser, según este autor, presentada como un reto y no como un veredicto. Si el médico comunica un diagnóstico grave hablando de un pronóstico complicado, de un tratamiento agresivo y de un posible mal desenlace, lo que provocará será un efecto negativo en el estado emocional de la paciente, con sentimientos de miedo y pánico.

Para Vázquez (1990), la información adecuada y bien administrada pone en marcha mecanismos internos de la persona (psicológicos, espirituales y emocionales) que van a facilitar su adaptación a la realidad que a partir de ese momento va a vivir. Según este autor, hay que elaborar y planificar la comunicación con el enfermo a la vez que se la considera parte esencial de la terapia. Y no sólo será necesario comunicarse con el paciente sino también con la familia y con otros profesionales. Además, Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1994) aseguran que no se debe subestimar nunca la capacidad de la paciente a la hora de conocer el diagnóstico de su enfermedad: no decir la verdad no evita que se conozca, y ocultarla puede ser más revelador que comunicarla. Hay que defender el derecho de la enferma a ser total y adecuadamente informada, así como asegurar la posibilidad de ayudarla a asumir la información de estar disponible para ella en todo momento y de no abandonarla durante todo el camino.

El primer problema que se plantea es cómo informar a la paciente del proceso que la aqueja. Según Gauquelin (1982), la información se trasmite a través de la comunicación. Esta última debe considerarse como la herramienta terapéutica esencial que dará a la enferma acceso al principio de autonomía, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que va a necesitar para ser ayudada y ayudarse, a su vez, a sí misma. Comunicar

se define según este autor como *hacer partícipe o transmitir a otra persona algo que se tiene: información, sentimientos, pensamientos o ideas*. Para ello es importante tener en cuenta los aspectos destacados por Nájera (1991) a la hora de informar a la paciente:

- a) Establecer primero el grado de información de la persona, su cultura y capacidad para afrontar el problema.
- b) Averiguar qué es lo que quiere conocer.
- c) Proporcionar información realista y en términos accesibles.
- d) No dar demasiada información para evitar el bloqueo de la paciente.
- e) Comprobar siempre que la información ha sido comprendida.
- f) Realizar la entrevista en presencia de un familiar o un miembro del equipo sanitario.
- g) No dar por terminada la entrevista hasta que el enfermo quede confortado.

Si se siguen estos pasos, lo que se conseguirá es cubrir la necesidad de la paciente de comunicarse, pudiendo expresarse y liberar de esta manera el estrés que la aqueja, analizando la vivencia y anticipándose en la medida de lo posible a las emociones que va a experimentar. Va a ser capaz además de debatir los diferentes aspectos que más la preocupan sobre su enfermedad, compartiendo al mismo tiempo todo tipo de percepciones sensoriales que la puedan ir surgiendo.

Según García-Campayo *et al.* (1994), se sabe que el inicio y el final de la entrevista son las dos partes que presentan un mayor conflicto para los profesionales que las realizan. Estos autores señalan que la manera de llevar a cabo de forma adecuada la entrevista o comunicación es cuando se cumplen, como mínimo las siguientes fases:

Fase inicial

1. Presentación: el profesional se presenta por su nombre e indica cuál es su cargo dentro del sistema sanitario, y cuál va a ser su relación con la paciente.
2. Disponibilidad temporal: cuando se comienza la consulta o entrevista es importante que la paciente sienta que cuenta con tiempo suficiente para ser atendida, comentando todos los procedimientos que se van realizando, y favoreciendo que ella exprese lo que está pensando en esos momentos.
3. Clarificación de la demanda del paciente: debe quedar claro y perfectamente definido en todo momento cuál es el motivo que ha llevado a paciente y médico a estar allí en ese momento, es decir, el diagnóstico y el plan a desarrollar ante el mismo.

Fase intermedia

Los objetivos de esta fase se pueden resumir en tres fundamentales (Borrell i Carrio *et al.*, 2009):

1. Obtener todos los datos necesarios de la paciente para poder atender sus necesidades.

La manera de conseguirlo es mediante una comunicación sencilla, con preguntas claras y no dirigidas, dejando que la paciente se exprese con libertad, sin interrupciones y dejando por lo menos dos segundos desde que ella acaba la frase hasta que el médico interviene de nuevo. Se debe tener en cuenta que las pacientes se encuentran en un momento de gran estrés psicológico, por lo que se van a expresar de forma poco clara e imprecisa. Por ello, es de gran utilidad comenzar la entrevista con preguntas abiertas que faciliten la expresión del problema y avanzar así hacia cuestiones más cerradas que permitan concretar la demanda.

Es en este punto cuando más atención debe prestar el profesional de la salud a la expresión no verbal de la paciente. Entre los comportamientos más frecuentes se pueden encontrar los siguientes: incapacidad para mantener el contacto visual, tensión corporal y aspecto facial deprimido.

2. Asegurarse de manera rotunda que ha entendido toda la información que se le ha facilitado e incidir en aquellos temas que de antemano se sabe que son de más difícil manejo para este tipo de pacientes. Para ello se ha de evitar en la medida de lo posible el uso de términos técnicos, por muy elementales que puedan parecer, así como evitar términos de alto contenido emocional como *cáncer* o *incurable*, con un gran impacto psicológico en los pacientes. Lo correcto es usar sinónimos como *tumoración* o *crónico*. Una vez que se ha proporcionado la información sobre su enfermedad, conviene repasar los puntos clave para comprobar que esta información se ha asimilado.
3. Mostrar una actitud empática en todo momento, es decir, que la paciente se sienta comprendida. Para ello se debe llamar a la enferma por su nombre, evitar la crítica y la culpabilización, evitar dar falsas seguridades, mantener el contacto ocular, y proporcionar una postura abierta así como una actitud facial y corporal en consonancia con el tema a tratar (Aseguinolaza *et al.*, 2004).

Fase final

Según Ajuriaguerra (2000), la fase final consta de dos puntos fundamentales:

1. Mostrar disponibilidad por parte del profesional sanitario hacia la paciente. Ella debe saber que, teniendo en cuenta los límites horarios evidentes, podemos ayudarla cuando así lo precise y orientarla sobre la posibilidad de acudir a otro profesional del equipo multidisciplinar.

2. Debe haber un cierre preciso de la relación terapéutica en forma de acuerdo final, para que la paciente sienta que ha tenido el tiempo y la atención adecuados.

Conseguir una información médica adecuada es un aspecto prioritario para cualquier persona que padece una enfermedad y más si ésta es de tipo oncológico. La eficacia en la obtención de dicha información puede quedar afectada negativamente por numerosos factores. Repasando aspectos ya previamente considerados, se han de tener especialmente en cuenta los siguientes puntos:

- a) Diferencias de lenguaje entre profesional y enfermo.
- b) Presencia de ansiedad en el paciente.
- c) Uso inapropiado de términos técnicos por parte del paciente.
- d) Inadecuadas experiencias anteriores con otros profesionales.

En cualquier caso, el proceso de información médica es muy complejo, pues debe estar en continuo cambio y adaptación puesto que las pacientes que la reciben son siempre distintas.

Perspectiva holística de la paciente con cáncer de mama

A la hora de tratar con pacientes que padecen cualquier tipo de enfermedad y, en este caso, con las mujeres que padecen un cáncer de mama, se debe de tener en cuenta algo básico: la persona es un todo único que posee características biológicas, intelectuales, emocionales, sociales y espirituales interdependientes, cuyo funcionamiento integral contribuye de manera fundamental en el proceso de salud-enfermedad, y que expresa su experiencia mediante diversos procesos estrechamente ligados y en continuo funcionamiento: percepción, motivación, comunicación y aprendizaje (Carty, 1993). Si estas dimensiones y procesos no se integran e interactúan adecuadamente, el equilibrio se romperá y la persona necesitará ayuda.

Para Chalifour (2004), la perspectiva holística de salud surge al integrar conceptos sobre la propia naturaleza humana y los cuidados de la salud. Incorpora principios humanistas y existencialistas sobre la naturaleza humana, contemplando ésta en función de su totalidad, la interacción de los distintos procesos, la libertad y la creatividad del individuo, reconociendo sus capacidades potenciales y los recursos de que dispone.

La salud se entiende dentro de un contexto donde adquieren importancia tanto la realidad interna como las leyes de la naturaleza que, a su vez, deben estar en equilibrio. Por ello, la persona ha de ser considerada como un ser único, donde la respuesta ante una situación similar nunca es igual: para cada persona, la interacción entre las dimensiones y el entorno es única, lo que nos lleva a que el enfoque salud-enfermedad es completamente individualizado: lo que es saludable para una persona puede no serlo para otra, y lo que lleva a una persona a enfermar puede que a otra no le afecte en absoluto (Spiegel *et al.*, 2015).

La orientación holística de la salud, según Rawlins (1992), reconoce todos los aspectos de la persona como significativos, y considera que estos interactúan y que le afectan de forma global, siendo la salud un todo, con dimensiones físicas, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales, todas ellas a su vez en interrelación continua con otras personas y con el entorno. Para permanecer en equilibrio y lograr el estado saludable es necesario que la persona reconozca sus necesidades en las distintas situaciones de la vida así como en las distintas dimensiones de la misma.

Basándonos en todo lo dicho anteriormente, la paciente con cáncer de mama ha de ser tratada desde una perspectiva holística. Esto significa que no podemos ignorar ninguna de sus dimensiones, ya que si lo hiciéramos estaríamos reduciendo las posibilidades que esa persona tiene para mantener o restablecer su equilibrio. Para enfrentarse a los diferentes acontecimientos que se suceden desde el diagnóstico de la enfermedad, la persona necesita desarrollar cada una de las dimensiones, de lo que se deduce que una persona puede estar físicamente en plena forma pero

carecer de los conocimientos y habilidades cognitivas necesarios para adaptarse al medio, con lo que su salud estará en peligro.

Para Beck (1992), se deben diferenciar cinco dimensiones dentro de la naturaleza de la propia persona para llegar a entenderla como un “todo” y poder facilitarle la atención precisa en cada momento de su enfermedad.

Dimensión física

La dimensión física incluye aspectos referentes al propio cuerpo tanto a nivel externo como interno, desde la entrada al organismo de sustancias químicas, su transformación y eliminación hasta aspectos relacionados con la genética, el peso corporal, el ciclo sueño-vigilia, el funcionamiento inmunológico, la imagen corporal, etc. Todos los elementos del cuerpo humano están íntimamente relacionados y la integridad de cada uno de ellos es indispensable para el funcionamiento general del organismo, ya que contribuyen no sólo al mantenimiento de conservación del organismo biológico sino también al del resto de los componentes de la persona, de los que dependen su supervivencia y su óptimo desarrollo.

Serrano (2005) destaca que, entre todos estos elementos altamente especializados, el sistema nervioso, con el cerebro como elemento principal, se considera como el “centro de mando” de todo el cuerpo, que recibe y transmite la información a todo el organismo, regulando y siendo el soporte de todas sus funciones.

Esta dimensión física no sólo sirve de soporte de las otras dimensiones de la persona sino que además proporciona múltiples informaciones sobre su grado de integridad. Asimismo, el grado de bienestar físico que experimenta la persona nos indicará como se integran los aspectos más saludables del resto de las dimensiones.

Dimensión intelectual

La dimensión intelectual hace posible que la persona adquiera información a través de los sentidos, filtre e integre estímulos, clasifique y recuerde la información, la organice y la comunique. Todos estos procesos intelectuales le permitirán ajustar sus actividades a un objetivo, pudiendo resolver las situaciones que se planteen y tomar decisiones con respecto a ellas (Thompson *et al.*, 2013).

Según Lezak (1976), las funciones intelectuales pueden agruparse en cuatro categorías:

1. Funciones receptoras: incluye la habilidad para adquirir, procesar, clasificar e integrar la información. Las dos funciones receptoras principales son la sensación y la percepción. La recepción sensorial es la puerta de entrada a la función intelectual. Estos procesos sensoriales incluyen la visión, la audición, el olfato, el gusto y el tacto. Por otro lado, mientras que la sensación es recibida de forma pasiva, la percepción implica tener conciencia del estímulo e interpretarlo activamente. Es el puente entre la recepción de estímulos por parte de los sentidos y la integración de estas sensaciones en información significativa.
2. Memoria y aprendizaje: por medio de ellos la información se almacena y recuerda. En el proceso de registro desempeñan un papel importante dos elementos: la atención y el estado emocional individual.
3. Pensamiento: se encarga de la organización y reorganización mentales de la información. La naturaleza de los propios pensamientos (positivos o negativos) influye en la propia experiencia, afectando al juicio de ésta. Las personas construyen con sus pensamientos y creencias su propia experiencia de la realidad según organicen y procesen la información que adquieren. Así, es más probable que una

persona se cure si hace suyos mensajes positivos que cuando estos son negativos.

4. Funciones expresivas: con ellas la información se comunica y se transforma en acción. Las funciones de expresión incluyen actividades como hablar, dibujar, escribir, así como la expresión facial, los gestos y movimientos. Un elemento esencial es el lenguaje, ya que éste influye en el modo en que la persona percibe, interpreta y responde a su entorno.

Como se ha señalado anteriormente, el cerebro sirve de soporte biológico de las características intelectuales mientras que los órganos de los sentidos transmiten la información necesaria para su buen funcionamiento. Puede ejercer además funciones expresivas como la palabra, la mímica, etc., y viceversa: cualquier mensaje o pensamiento puede inducir cambios físicos. Por ello, las imágenes mentales afectan al propio organismo de la misma manera que las situaciones que provienen del mundo externo.

El efecto del funcionamiento intelectual en la dimensión emocional es evidente: uno juzga sus propios sentimientos como correctos o incorrectos, y es o no capaz de comunicar experiencias emocionales a uno mismo y a los demás. Por el contrario, la interpretación de una situación concreta provoca una emoción determinada, y el hecho de vivir una emoción marca de una u otra forma la calidad del funcionamiento intelectual.

La dimensión intelectual también influye en las relaciones con los demás. Así, lo que pensemos acerca de una relación contribuirá a la evolución de la misma. De igual forma, al comunicarse, este tipo de pacientes lo hacen basándose en la información que seleccionan y en cómo creen que ocurren las situaciones en las que se desenvuelven habitualmente.

El funcionamiento intelectual contribuye también al pensamiento creativo, la habilidad para comunicar, y a la habilidad para desarrollar un significado propio de la vida, aspectos estos fundamentales de la dimensión intelectual.

Dimensión social

La dimensión social abarca aquellos aspectos que permiten a la persona funcionar en sociedad (Alport, 2009). Para sobrevivir, crecer y satisfacer sus necesidades básicas el individuo necesita establecer relaciones armónicas con su entorno físico, humano y cultural, donde puede intercambiarse información y energía. De la calidad de estos intercambios dependerá de forma importante su propio desarrollo.

Como señala Ellwood (2007), las personas que hayan tenido interacciones sociales satisfactorias en la infancia y la adolescencia son normalmente agradables, y no suelen presentar problemas en las relaciones sociales de la vida adulta. Sin embargo, cuando durante el desarrollo temprano las necesidades del individuo no han sido cubiertas por la interacción social, tendrá mayores dificultades en la edad adulta.

Dos elementos marcarán la calidad de dichas interacciones según este autor:

1. La interdependencia: es la interacción recíproca entre personas para promover la supervivencia. A lo largo de la vida, las personas progresan a través de diversas etapas de dependencia-independencia, con un ideal de equilibrio entre las dos. En ciertos momentos, los individuos dependen de otros para la supervivencia (un ejemplo es el individuo enfermo) mientras que otras veces la independencia será un aspecto esencial para aquellos.
2. Socialización: es el proceso mediante el cual las normas sociales son interiorizadas. Las normas sociales son reglas que gobiernan el comportamiento social en una amplia gama de situaciones. Sin normas que guíen el comportamiento, cada situación sería problemática y las personas perderían mucho tiempo en decidir cómo comportarse en un momento determinado.

Uno de los primeros mecanismos de socialización es la familia. Ésta proporciona el marco para las primeras experiencias de interacción y relación social, así como la exposición a normas sociales, valores y perspectivas. Dentro de la familia cada miembro aprende conductas, valores y comportamientos socialmente aceptables. Las familias adaptadas serán aquellas que faciliten el crecimiento y desarrollo de sus miembros a lo largo de la vida, mientras que las desadaptadas pueden restringir el desarrollo y funcionamiento individual de la persona en distintas dimensiones. La comunidad también será determinante en la socialización de la persona en base a las normas, valores y actitudes que predominen en la misma.

Dimensión espiritual

Paymal (2008) la define como *aquella en la que se incluyen los principios religiosos, morales y éticos que marcan la existencia, el sentido que le damos a la vida y el uso que hacemos de nuestras libertades*. La dimensión espiritual se manifiesta fundamentalmente en las elecciones que realizamos para satisfacer nuestras necesidades y el modo en que nos relacionamos con el entorno.

Esta dimensión va más allá de dichos principios, permitiendo experimentar y entender la realidad de la propia existencia de forma única y directa, y según Rawlins (1992), incluye:

- a) Significado de la vida: todas las personas tienen una filosofía de la vida o un conjunto de normas e ideales que le sirven de guía tanto en la toma de decisiones como en el alcance de sus objetivos. La persona desempeña un papel activo en el desarrollo, significado y propósito de la vida, siendo las creencias, la moral, los valores y la ética esenciales en su filosofía individual.

- b) Sentido trascendente: la trascendencia implica la posibilidad del individuo de ir más allá de las experiencias cotidianas, de la propia existencia normal. No se trata de procesos complicados sino de la unión y complicidad con otro ser humano, el contacto con la naturaleza o el sentimiento de unidad con el universo.
- c) Concepto y experiencia de divinidad: hace referencia a la idea que el individuo tiene sobre el ser supremo, poder o fuerza universal, y que viene determinada por la cultura de la propia persona.
- d) Relación con la gente y la naturaleza: las relaciones son un aspecto importante de la dimensión espiritual, ya que sin ellas la persona puede llegar a experimentar aislamiento, desesperanza y falta de visión de futuro.
- e) Autorrealización: se trata de una necesidad que no se cubre de forma tan habitual como el resto. En este caso, para llegar a ella es necesario despojarse de las preocupaciones mundanas para tener cubiertas las necesidades básicas. Las personas que la consiguen tienen un perfil claramente diferenciado: han superado sus limitaciones, conocen su potencial y luchan por sus ideales.

Dimensión emocional

La dimensión emocional abarca, según Valdés (2003), desde las reacciones fisiológicas que subyacen a la emoción hasta la expresión de dichas emociones. Todos estos elementos nos ayudarán a reconocer la presencia de una emoción.

Schutte *et al.* (2001) destacan que las emociones son una parte de la experiencia humana que nos ayudan a entrar en contacto con nosotros mismos, con lo que nos gusta y lo que no. Cada persona tiene la capacidad de experimentarlas completamente, intentando conocer su significado o, por el contrario, ignorarlas, lo que limitará sus posibilidades de funcionar como persona.

La persona expresa sus emociones constantemente, de forma consciente o inconsciente, verbalmente o mediante expresiones corporales. La expresión de las emociones se aprende a una edad temprana, y las palabras, el tono de voz, la postura y los movimientos del cuerpo y las expresiones faciales se incluyen entre los comportamientos con los que se acostumbra a comunicar. Generalmente los niños y los jóvenes, que no están aún muy condicionados por lo que está bien o mal, lo que debería ser o no, expresan las emociones de forma más natural. Los adultos, sin embargo, juzgan con frecuencia sus propias emociones e ignoran las que les resultan incómodas.

Aunque las reacciones varíen de una persona a otra y de una situación a otra, el cuerpo y las emociones están interactuando continuamente de alguna manera. Las experiencias emocionales están relacionadas, como señala Serrano (2005), con la activación de los sistemas fisiológicos, especialmente el sistema nervioso. Cuando el individuo percibe las manifestaciones físicas de la emoción, interpreta e identifica la causa de la situación que la precipita.

Bonano (2001) asegura que, a nivel cognitivo, el modo en que la persona interpreta un acontecimiento tendrá un impacto directo sobre el sentimiento asociado a dicho acontecimiento. Asimismo, la dimensión emocional también afecta al funcionamiento intelectual: la habilidad para evaluar nuevas ideas y tomar decisiones efectivas está influenciada por los sentimientos.

Por otro lado, al hablar de la dimensión emocional no podemos olvidar que el entorno sociocultural desempeñará un papel importante, ya que marcará no sólo las emociones que se pueden expresar sino la manera de hacerlo.

Se puede decir, pues, que todas las dimensiones son el vehículo indispensable para el desarrollo y la expresión de todo ser humano. La espiritualidad se sitúa en el núcleo de la existencia individual, la superación física y las dimensiones sociales emocionales e intelectuales. Sin la dimensión intelectual, la persona no sería consciente de su existencia, no se

cuestionaría el sentido de su vida y no podría expresar sus opciones. Por otro lado, las manifestaciones emotivas son indicadores del grado de realización o frustración de los valores personales, de modo que uno siente culpa cuando actúa de forma contraria a sus valores. El reconocimiento de la vida afectiva es, por tanto, un camino para llegar a la trascendencia de sí mismo, y sin la dimensión social, la persona no podría expresar, confrontar ni explorar, para constituir su propia dimensión espiritual.

Hablar hoy de la perspectiva holística de la persona es algo básico y nada nuevo para la medicina. Hipócrates ya menciona en sus escritos la influencia del cuerpo sobre la parte anímica, así como la del alma sobre el cuerpo, señalando de manera relevante al medio ambiente social como factor etiológico de la enfermedad. Galeno fue el primer autor que consideró la influencia de la personalidad en el cáncer. Así, en su tratado sobre los tumores *De Tumoribus*, señaló que las mujeres “melancólicas” eran más propensas que las “sanguíneas” a padecer un cáncer de mama. Desde entonces ha existido una vinculación importante y muy marcada entre tres variables: personalidad, estrés y cáncer, frecuentemente reseñada en diversos tratados de medicina. Pero no es hasta los años 50 del pasado siglo cuando comienza a estudiarse de forma sistemática la posible implicación de distintos factores psicosociales en la etiología y la evolución del cáncer.

Se puede decir que la mayoría de los trabajos realizados al respecto han sido llevados a cabo en los últimos veinte años y pueden enmarcarse en cuatro grandes áreas:

1. Búsqueda de un perfil premórbido de personalidad relacionado con el cáncer.
2. Estudio de la influencia de situaciones estresantes y emociones negativas tales como la ansiedad, la ira y la depresión.
3. Análisis de los estilos de afrontamiento que las personas afectadas por un cáncer ponen en marcha ante la enfermedad y su repercusión en la evolución de la misma.

4. Tipo de intervenciones psicológicas más efectivas para reducir el malestar emocional y los problemas de adaptación psicosocial que se derivan del padecimiento y tratamiento de esta enfermedad.

Son varios los estudios que intentan demostrar la necesidad fundamental de tratamiento psicológico en los pacientes con cáncer. La recopilación de los más importantes estaría encabezada por el estudio de Spiege (1989), que se desarrolló durante un periodo de diez años y que demostró que las mujeres que padecían un cáncer de mama metastásico y que recibían tratamiento psicológico tenían un mayor nivel de supervivencia que el grupo control que no recibía dicho tratamiento. La publicación de este estudio fue determinante para el futuro de investigaciones similares.

Asimismo, Greer *et al.* (1990), en una investigación longitudinal llevada a cabo durante más de quince años con pacientes afectadas por un cáncer de mama, observaron que las pacientes que se enfrentaron abiertamente a su enfermedad en los primeros meses que siguieron al diagnóstico consiguieron unas tasas de recidiva muy inferiores a las que afrontaron la enfermedad con actitudes depresivas o de negación. También Fawzy *et al.* (1993) demostraron que la intervención psicológica en pacientes con melanoma redujo la tasa de recidivas, mientras que Ratcliffe *et al.* (1995) señalaron que el ánimo depresivo en pacientes con un linfoma Hodgkin o no Hodgkin es un factor pronóstico para una menor supervivencia. También encontraron una mayor supervivencia en pacientes con buenas relaciones interpersonales que pidieron y recibieron ayuda psicológica y que fueron conscientes de la gravedad de su enfermedad con un proceso adaptativo adecuado.

Otros autores como Butow *et al.* (2000) han observado que el afrontamiento psicológico en pacientes con cáncer de mama y melanoma metastásico se traduce en una mayor supervivencia. Sin embargo, también hay autores como Bayes (1990) que consideran las intervenciones psicológicas en pacientes que padecen una enfermedad oncológica como

algo secundario y prescindible, y en ningún caso fundamental ni de gran relevancia para el enfermo ni su mejoría.

A pesar de que son numerosas las investigaciones que se han llevado a cabo en los últimos años con respecto a la relación del cáncer con factores como el estrés, la personalidad y los aspectos psicológicos de los pacientes, es necesario salvar algunos problemas metodológicos a la hora de llevar a cabo el proceso de investigación. Según Bayes (1990), la metodología de investigación cualitativa presenta dificultades a la hora de utilizar instrumentos de medida fiables, pues estudiar el mundo emocional del paciente presenta grandes dificultades, al ser una faceta de gran labilidad. Por todo ello, este autor considera que se ha de ser prudente a la hora de interpretar los resultados obtenidos.

A partir de la inquietud provocada por la convivencia del diagnóstico de cáncer con múltiples factores del individuo, surge la disciplina conocida como *Psicooncología* que, según Vidal *et al.* (1998), se encarga de aplicar el ámbito de la Psicología a pacientes oncológicos, y que se desarrolla en diferentes áreas: la prevención, la asistencia, la docencia y la investigación. De hecho, es en concreto a partir de 1992 cuando aparece esta nueva subespecialidad de la Oncología.

Habitualmente, tal y como señala Bosnic (1999), las líneas de tratamiento de la Psicooncología se desarrollan en las siguientes áreas: la prevención; la información al paciente; la preparación para la hospitalización y el tratamiento, los efectos adversos de dicho tratamiento, el dolor, las relaciones familiares y la fase terminal; el entrenamiento del personal sanitario y la adaptación general a la enfermedad. El alcance de esta disciplina se puede resumir en dos dimensiones fundamentales:

1. La respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente en las diferentes etapas de la enfermedad.
2. Los factores psicológicos, de comportamiento y aspectos sociales que pudieran influir en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con cáncer.

El trabajo del psicooncólogo está articulado, según Trill (2003) con la oferta de un espacio para escuchar al paciente y a su familia en distintas unidades de Oncología y Cuidados Paliativos. Abrir la posibilidad de que el paciente pueda hablarle a otro, que intentará escuchar y ayudar al sujeto que sufre a pensar aquello que surge de sus palabras, de su dolor, de su pena, de su pérdida y de los deseos que puedan quedarle por querer vivir. Esta función sólo puede ser llevada a cabo por un psicólogo clínico, pues su formación y su especialización clínica son específicas y distintas a las de otros clínicos como el médico o la enfermera u otro profesional sanitario.

Dentro de la comunidad científica, los aportes teóricos y técnicos de los enfoques cognitivos pasan a considerarse un instrumento muy valioso, que brindan una variedad de recursos que sirven para enfrentar diferentes problemáticas relacionadas con el paciente oncológico y su medio.

Holland (1998), prestigiosa psicooncóloga norteamericana, reconoce que, en un examen realizado en centros norteamericanos donde se trataban pacientes enfermos de cáncer, las intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales fueron, entre los servicios psicosociales, las más ampliamente ofrecidas, especialmente para el tratamiento del dolor, el control de las reacciones adversas ante la administración de la quimioterapia y para incrementar el bienestar emocional.

Asimismo, Clark (1999), destacado teórico cognitivo, apunta que *el énfasis sobre las estructuras cognitivas y procesamiento como manera de lograr un alivio sintomático en desórdenes psicológicos representa una nueva manera de Psicoterapia*. Numerosos estudios sostienen su efectividad para el tratamiento de la depresión, el ataque de pánico, el tratamiento de la ansiedad o los trastornos de la alimentación.

Ya en 1977, Rusch *et al.* señalaron que la Psicoterapia cognitiva es una psicoterapia estructurada, limitada en el tiempo, orientada hacia la resolución de problemas, cuyo objetivo es modificar el procesamiento de información defectuoso.

Los principios que guían la Psicoterapia cognitiva serían los siguientes:

- a) Los individuos participan activamente en la construcción de la realidad.
- b) Es una teoría mediacional: los procesamientos y contenidos cognitivos median, no causan, en la conducta y las emociones (Dobson, 1988).
- c) Es una teoría con base empírica, cuyos conceptos pueden ser operacionalmente definidos, medidos y sujetos a verificación empírica.
- d) El cambio cognitivo es su objetivo central, vinculado a la mejoría de la sintomatología.
- e) Adopta el marco del tiempo presente: si bien puede ser relevante la comprensión de los sucesos del pasado, el tratamiento debe implicar la modificación del funcionamiento cognitivo actual.

Según Baringoltz (2000), los beneficios de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de pacientes con cáncer serían los siguientes:

1. Efectividad en la reducción del agobio emocional que experimentan los pacientes y sus familias ante el desencadenamiento y evolución de la enfermedad y en el dominio de sus síntomas físicos.
2. Posibilidad de ser administrada en un breve periodo de tiempo, factor muy importante en Oncología.
3. Facilidad de adaptación para tratar con los problemas relacionados con el control de síntomas y con las formas de participación del paciente y su familia en la mejoría de su calidad de vida.
4. Fácilmente aceptada al enfatizar el sentido del control personal y de la autoeficacia.
5. Mejora la adherencia a los tratamientos médicos.
6. Ayuda a aumentar la efectividad de los mismos.
7. Disminuye sus efectos adversos.
8. Acota el tiempo de recuperación del paciente.
9. Ayuda a una mejor regulación anímica.

10. Disminuye las consultas innecesarias al equipo médico, facilitando la relación médico-paciente.

El esquema de terapia psicooncológica basada en las técnicas psicoterapéuticas cognitivo-conductuales lleva, según Bayés (2005), a un protocolo de actuación psicooncológica para cada una de las etapas o fases de la enfermedad:

1. Fase de diagnóstico

El objetivo en este momento será facilitar que la paciente y su familia se adhieran correctamente a los protocolos médicos, tengan la información adecuada y se puedan diagnosticar a tiempo eventuales problemas psicológicos-psiquiátricos (Dethlefsen *et al.*, 2002). Para estos autores se deben determinar los siguientes objetivos específicos:

- Facilitación de la percepción de control sobre la enfermedad.
- Orientación emocional a la enferma y a su familia a través de material educativo y presentación de grupos de apoyo.
- Derivación, de ser necesaria, a un especialista de salud mental.
- Detección de las enfermedades emocionales, psicológicas y sociales de la paciente y su familia, con el fin de orientarles.

2. Fase de tratamiento

En este caso, el objetivo es controlar y manejar los efectos adversos de tipo psicológico (angustia, fobia, ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios, etc.) asociados a los tratamientos médicos, orientando también a la paciente y a su familia más directa frente a las reacciones emocionales propias de este escenario (Guir, 2000). La intervención psicológica en esta fase viene definida por los siguientes objetivos específicos:

- Facilitar la adaptación a la enfermedad durante el proceso de tratamiento médico, incidiendo en la ansiedad, la angustia, los efectos adversos de la quimioterapia antineoplásica, las posibles fobias al instrumental utilizado, a las disfunciones sexuales y a los ingresos hospitalarios.
- Fomentar estilos de afrontamiento activo: vivir las etapas del duelo oncológico, buscar una orientación médica específica para el caso concreto de la paciente, fomentar redes de apoyo social, mantener a la paciente activa en todo momento, etc.
- Facilitar la adherencia terapéutica a los tratamientos médicos.

3. Fase libre de enfermedad

Lo primero que se debe indicar es que una de las principales fuentes de estrés para una paciente que ha sufrido o sufre un cáncer de mama son los controles médicos. Cada uno de ellos es experimentado como una potencial situación de recaída, generándose un gran nivel de angustia en cada uno de ellos. El objetivo fundamental, según Rowe (1999), será ayudar a afrontar mejor las preocupaciones de las pacientes mediante la resolución de sus preguntas y dudas, estableciendo protocolos de información claros, así como proporcionar estrategias para facilitar su incorporación a la vida cotidiana. Los objetivos terapéuticos específicos en este momento son:

- Manejo adecuado de la información, de forma que se ayude a distinguir entre cancerofobia y sintomatología sospechosa que debe ser estudiada oportunamente.
- Facilitación de la expresión de los miedos y preocupaciones por parte de la paciente y su familia.
- Continuar fomentando una buena comunicación médico-paciente.
- Estrategias para controlar cualquier alteración emocional (angustia y/o depresión) y facilitar el retorno de la paciente a sus actividades cotidianas.

4. Fase de supervivencia

Esta fase cada vez tiene más relevancia, ya que muchas dificultades relacionadas directa o indirectamente con la enfermedad de la paciente pueden continuar causando dificultades psicológicas y sociales. Los objetivos terapéuticos específicos en este momento los define Olbricht (1993), e incluirían los siguientes:

- Facilitar la adaptación de la paciente a las secuelas físicas, psicológicas y sociales que hayan podido provocar la enfermedad.
- Facilitar la reincorporación a las actividades e intereses significativos para la paciente.

5. Fase de recidiva

El impacto puede ser más intenso que en el momento del diagnóstico inicial, siendo muy comunes los estados de ansiedad, de angustia extrema y de depresión. Los objetivos terapéuticos específicos a alcanzar en este momento son los siguientes (Thompson *et al.*, 2013):

- Prevención y tratamiento de psicopatologías.
- Facilitación de la adaptación al nuevo estado de la enfermedad.
- Refuerzo de la relación médico-paciente (pueden aparecer recriminaciones y cuestionamientos profesionales).
- Establecimiento de las necesidades emocionales de la familia frente a la recaída.

6. Fase final de la vida

En este caso, es posible que aparezcan reacciones emocionales muy intensas, tanto por parte del enfermo como por parte de su familia (Zainal *et al.*, 2013). Lo más apropiado sería colaborar en el control de síntomas físicos como el dolor, la fiebre, las náuseas y los vómitos, etc.

Por otra parte, es fundamental detectar y atender las dificultades psicológicas y sociales que la paciente y su familia puedan presentar, es decir, diagnosticar y tratar psicopatologías propias de esta etapa como delirios, alucinaciones, depresión, somatizaciones, etc., y lo que se considera más fundamental en el proceso final de vida, y así lo refleja Kubler-Ross (1992), que es acompañar a la paciente en el proceso de morir y a su familia en la preparación del duelo.

Se puede decir que pocas áreas en Psicooncología han sido tan bien estudiadas como el cáncer de mama. La complejidad del contexto psicológico en mujeres con cáncer de mama así lo requiere. La enfermedad que surge en la mujer como pieza clave del contexto sociofamiliar supone un importante desafío emocional tanto para la enferma como para su familia, constituyendo una importante fuente de malestar emocional que se asocia a una alta morbilidad psiquiátrica. La gran mayoría de pacientes, según los últimos estudios llevados a cabo por la Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FESEO) (2010), sufren depresión o ansiedad en grado moderado que puede llegar a transformarse en severo.

La afectación psicológica se produce a distintos niveles:

- PERSONAL

Las emociones más frecuentes son el impacto emocional al diagnóstico, la pérdida de la autoestima, el temor (miedo a los tratamientos, al dolor, a la muerte) y otras alteraciones psicológicas como depresión, ansiedad e irritabilidad. Como se ha señalado anteriormente, las emociones son reacciones inmediatas e intensas ante situaciones importantes para el individuo (situaciones de peligro, amenaza, pérdida, daño, logro, satisfacción, etc.) que se experimentan como una fuerte conmoción del estado de ánimo, de carácter muy agradable o desagradable.

Dichas reacciones pueden ser identificadas en general por el resto de miembros del grupo social a través de las expresiones faciales, posturas, gestos o cambios en el tono de voz, característicos de determinados tipos de emociones (como son el miedo, la ira, la alegría, etc.), por lo que se

considera que son connaturales al ser humano y necesarias para la comunicación (Cano-Vindel, 1989, 1996 y 1997).

A su vez, estas reacciones implican fuertes cambios fisiológicos en respuestas específicas de diferentes sistemas, como por ejemplo el Sistema Nervioso Autónomo, el Sistema Nervioso Central, el sistema neuroendocrino, el sistema inmune, etc. Otros cambios fisiológicos pueden ser considerados como preparatorios para la acción y, en general, incrementan el estado de activación.

Hoy en día hay un acuerdo generalizado al considerar que las emociones se manifiestan a través de tres sistemas conductuales diferentes: cognitivo, fisiológico y motor. Esta diferenciación fue definida por Lang (1968) como el *modelo de los tres sistemas de respuesta emocional*, y plantea la posibilidad de la existencia de fraccionamiento o disociación de respuesta entre los tres tipos de manifestaciones.

La situación que provoca este conjunto de respuestas que denominamos emociones puede ser externa o interna al individuo, es decir, puede tratarse de un evento que acontece en el medio en el que se desenvuelve el individuo, o bien de información procedente del propio sujeto en forma de pensamientos, recuerdos, sensaciones propioceptivas u otro tipo de información psicológica.

Las emociones cumplen una serie de funciones básicas: adaptativa, social y motivacional (Fernandez-Abascal, 1997). Diferentes orientaciones teóricas hacen hincapié en alguna de estas funciones, pero todas coinciden en su valor informativo y comunicacional.

Lazarus y Folfman (1997) resaltaron la importancia que tienen los procesos cognitivos a la hora de valorar las situaciones mediante la evaluación de las consecuencias que pueden tener las emociones para los intereses del individuo. También hicieron hincapié en los recursos de afrontamiento que posee el individuo para intentar modificar aquellas consecuencias que sean negativas para sus intereses. Este modelo ha alcanzado un alto grado de aceptación en la Psicología hoy en día, y ha sido incorporado como parte esencial de otros modelos más complejos.

Experimentar emociones es un proceso adaptativo, aunque a veces puedan alcanzarse niveles de intensidad elevados. Además, con una excesiva frecuencia podrían llevar a diferentes grados de desadaptación. Así por ejemplo, se considera que se tiene una buena capacidad de adaptación cuando se es capaz de responder con ansiedad ante situaciones que pueden tener consecuencias negativas para el sujeto. No obstante, si una persona pasa mucho tiempo en un estado de elevada ansiedad, quizás ya no sea tan bueno experimentar tanta ansiedad, pues esta persona puede correr ciertos riesgos, como son el aumento de la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno de ansiedad patológico, mayor probabilidad de comenzar a desarrollar disfunciones orgánicas, aumento de la probabilidad de que se produzca una inmunodepresión (con los consiguientes riesgos de contraer enfermedades infecciosas), etc.

También puede resultar desadaptativo experimentar niveles muy bajos de emocionalidad negativa. Por ejemplo, con cierta frecuencia encontramos que algunas personas obtienen puntuaciones anormalmente bajas en los inventarios de ansiedad. Tal es el caso de un buen número de pacientes con cáncer (Cano-Vindel *et al.*, 1994 y 1997). Si anteriormente hemos explicado que resulta adaptativo poder experimentar ansiedad ante una situación de amenaza real, lógicamente podría ser desadaptativo no poder tener tal experiencia de alerta frente a la amenaza.

El modelo de los tres sistemas de respuesta resalta que las manifestaciones emocionales en estos tres niveles no siempre varían, presentando a veces correlaciones negativas o nulas entre sí, con lo que aparecen como sistemas parcialmente independientes. Dichas manifestaciones pueden también presentar desincronía o disociación a lo largo de las diferentes fases de la evaluación (Cano-Vindel, 1989; Cano-Vindel y Aguirregabiria, 1989). Este abordaje trae consigo implicaciones en distintos ámbitos del estudio de las emociones (relaciones entre los tres sistemas, evaluación de los tres sistemas por separado, interacción entre el perfil de respuesta individual predominante y las técnicas de tratamiento de desórdenes emocionales, etc.). En el campo de la expresión de emociones

son especialmente interesantes en particular los estudios sobre los sujetos que exhiben un estilo de afrontamiento represivo, que son aquellos individuos que no experimentan (a nivel cognitivo-subjetivo) reacciones emocionales negativas ante situaciones que normalmente las provocan, pero que sí aumentan su activación fisiológica (Cano-Vindel *et al.*, 1998).

Como ya se ha señalado, existen emociones positivas y emociones negativas, según la experiencia hedónica que proporcionan (agradable o desagradable). Por lo general, las emociones negativas tienden a presentar con mayor frecuencia algún tipo de afrontamiento evitativo, supresivo o represivo. En los pacientes con cáncer las emociones positivas se encuentran asociadas con la seguridad y las emociones negativas aparecen relacionadas con la incertidumbre (Hilton, 1989).

Diversos autores han señalado que la supresión de la experiencia emocional tiene implicaciones negativas para la salud (Friedman y Booth-Kewley, 1987; Johnson y Greene, 1991; Martinez-Sanchez y Fernandez-Castro, 1994). Los sujetos con cáncer, y especialmente las mujeres con cáncer de mama, parecen controlar la expresión de ira más que los sujetos sanos (Morris *et al.*, 1981; Grossarth-Maticek *et al.*, 1985; Cooper y Faragher, 1993; Bleiker *et al.*, 1996; Cano-Vindel *et al.*, 1998).

Dichos autores han señalado que la expresión de emociones repercute en una mejor calidad de vida en mujeres con cáncer de mama (Royak-Schaler, 1991; Staton *et al.*, 2000). La literatura refiere que la participación en grupos de apoyo expresivos facilita el afrontamiento del estrés relacionado con la enfermedad en mujeres con cáncer de mama avanzado (Sirgo y Gil, 2000; Classen *et al.*, 2001).

En cuanto a la ansiedad, es una de las reacciones psicológicas más frecuentes que muestran las mujeres con cáncer de mama en el momento del diagnóstico y a lo largo del proceso de la enfermedad y los tratamientos (Moyer y Salovei, 1996). Watson *et al.* (1991) obtuvieron niveles de prevalencia para la ansiedad de hasta un 16% en un grupo de mujeres con cáncer de mama en una fase temprana de la enfermedad.

Asimismo, en una metaanálisis realizado por van Sijpker *et al.* (1997) con el fin de conocer la prevalencia, severidad y curso de los trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer, encontraron que no se producían diferencias entre estos pacientes y la población normal en cuanto a los niveles de ansiedad se refiere, y que los pacientes con cáncer presentan niveles más bajos de ansiedad que los pacientes psiquiátricos o que otros pacientes con enfermedades físicas crónicas.

Los altos niveles de ansiedad en el momento del diagnóstico pueden estar relacionados con:

1. Vulnerabilidad a la presencia de morbilidad psiquiátrica durante el transcurso de la enfermedad y aparición de nuevo de ansiedad en caso de recaída (Jenkins *et al.*, 1991).
2. Aparición de náuseas y vómitos anticipatorios condicionados (Morrow, 1992; Redd *et al.*, 2001).
3. Un peor funcionamiento del sistema inmune (Fredriksen *et al.*, 1993; Eysenck, 1994).
4. Recurrencia del cáncer (Jenkins *et al.*, 1991).
5. Altos niveles de ansiedad crónica, asociados tanto al control de emociones como al no control de éstas, que predicen un riesgo de fallecimiento más temprano por cáncer (Weihs *et al.*, 2000).

Por lo que respecta a la ira en relación con el cáncer, los sujetos que padecen dicha enfermedad controlan más la expresión de la ira que los sujetos sanos (Temoshok, 1987; Kune *et al.*, 1991; Sawm *et al.*, 1992; Eysenck, 1994). Algunos autores indican que estas diferencias alcanzan significación estadística sólo en el grupo de mujeres menores de 50 años (Morris *et al.*, 1981; Scherg *et al.*, 1981; Jansen y Muenz, 1984). También aparecen correlaciones positivas entre la falta de control de la ira y la indefensión, y la falta de control de la ira y el fatalismo en un grupo de mujeres con cáncer de mama en una fase temprana de su diagnóstico (Watson *et al.*, 1991).

Por otro lado, a la hora de hablar de depresión y cáncer, algunos autores obtienen una correlación positiva entre las puntuaciones en depresión y cáncer (Persky *et al.*, 1987) y otros aseguran que la relación que existe es la contraria (Dattore *et al.*, 1980), y aún hay otros que no encuentran ningún tipo de relación entre ambos (Kaplan y Reynolds, 1998; Zonderman *et al.*, 1999). Estos resultados contradictorios pueden ser consecuencia de los diferentes diseños de las técnicas de investigación utilizadas, lo que hace que muchos de ellos no sean comparables.

Por otro lado, los síntomas depresivos son comunes entre la población que padece una enfermedad crónica. En pacientes diagnosticados con un tumor maligno se ha observado que un 50% de sujetos presentan trastornos psicopatológicos, de los que un 13% cumplirían con los criterios diagnósticos de depresión mayor (Olivares y Cruzado, 1998).

La prevalencia de depresión en pacientes con cáncer oscila entre el 1,5 y el 50% (media del 24%), y en el cáncer de mama entre el 10 y el 32% (media del 21%) (McDaniel *et al.*, 1995). Asimismo, los niveles de depresión son más elevados entre los pacientes con cáncer que en la población en general y que en otros grupos de pacientes. Las discrepancias en los datos radican en la dificultad de distinguir los síntomas físicos propios de la enfermedad y el tratamiento de los síntomas depresivos, que llegan a solaparse, resultando infravalorados y considerados consecuencia de la enfermedad.

Finalmente, se ha establecido una correlación entre las repercusiones de la depresión sobre el buen funcionamiento de los sistemas inmune y hormonal y su relación con el desarrollo del tumor (Levy *et al.*, 1987; Linkens y Comstock, 1990; O'Leary, 1990; Schulz y Schulz, 1992).

- FAMILIAR

Por lo general, cuando una familia se enfrenta con el cáncer, suele hacerlo con la firme creencia de que la enfermedad es mortal por necesidad. Para hacer aún más fuerte el choque, puede que el paciente y su familia se estén enfrentando por primera vez con la idea de que la muerte es una

posibilidad real y cercana y que forma parte de la vida. Y eso aunque el pronóstico del proceso va a variar según el tipo de cáncer y el momento en el que éste sea diagnosticado. Sin embargo, se seguirá considerando que el paciente se enfrenta con una enfermedad que puede costarle la vida. La idea errónea de que el cáncer mata siempre, la necesidad de adaptación a la propia vulnerabilidad y el miedo a perder a una persona amada suelen llevar a la persona con cáncer y a su familia a la primera etapa de manejo de una crisis importante: el choque y la negación.

En su libro *Sobre la muerte y los moribundos*, Elisabeth Kubler-Ross (1975) descompone el proceso de aceptación de la enfermedad en cinco etapas que suelen darse también cuando reaccionamos ante cualquier crisis importante en la vida. Ninguno de nosotros pasa por estas etapas con total precisión, puesto que somos individuos diferentes y nos enfrentamos y ajustamos a las crisis según nuestras propias pautas. Pero la mayoría de las personas e incluso de la familia en su totalidad, presentan una progresión similar a la descrita por esta autora:

1. Negación y aislamiento
2. Ira
3. Regateo
4. Depresión
5. Aceptación

Después del diagnóstico toda la familia se verá obligada a hacer frente a una gran cantidad de decisiones. Ya se respondan de forma activa o pasivamente, lo cierto es que no es posible eludir estas decisiones (Steiner, 1992). Según sean las respuestas que se den a las demandas que la enfermedad presenta, y según qué decisiones se tomen, la familia adoptará una actitud concreta hacia la enfermedad y una estrategia conjunta hacia la vida en general.

Cuando la familia funciona como un equipo y decide apoyar los esfuerzos de la paciente hacia la recuperación es también muy importante que los miembros de la misma tengan en cuenta su propio bienestar

(Samuels *et al.*, 1991). En ocasiones, según estos autores, los individuos que componen la unidad familiar centran sus cuidados en los de la persona enferma, olvidando su propia vulnerabilidad ante una situación de estrés, lo que generará en ellos mismas situaciones de conflicto individual e incluso la posibilidad de enfermar.

Por ello, considerando que el diagnóstico del cáncer crea un gran nivel de estrés en cada miembro de la familia, se debe tomar en consideración la intención fundamental de mantener su propia salud. Cuando en una familia existe una enfermedad que amenaza la vida de uno de sus miembros, todo el mundo, y no sólo el paciente, necesita cariño y apoyo adicional (Wonder, 1997). De otro modo podría haber la posibilidad de que también enfermaran, y si el paciente es el padre o la madre del núcleo familiar, las circunstancias se complicarían aún más. Una forma de evitar esto es que la familia cambie lentamente su forma de vida y sus prioridades (Bayés, 2005).

Según este último autor, para los pacientes con cáncer tiene mucha importancia la capacidad que muestre la familia de comprender sus sentimientos cuando los expresa y de comprenderla con calor y cariño. A veces la familia permite la expresión de los sentimientos pero no consiguen corresponder a los mismos con empatía, mientras que en las familias saludables las respuestas ante los sentimientos de las pacientes están llenas de la misma (Bayes, 2005).

- CONYUGAL

Desde el punto de vista de las relaciones sociales, el acontecimiento por excelencia durante la vida adulta es el establecimiento de la pareja, entendido éste como la vida afectiva y sexualmente en común de dos personas. Este hecho tendrá consecuencias en la vida de la mujer, ya que implica:

1. La creación de relaciones íntimas y permanentes.
2. La puesta en práctica de comportamientos adecuados, asociados a los roles sexuales.

3. Estar atenta a las necesidades y expectativas del otro.
4. La toma de decisiones importantes en cuanto a cuestiones personales, familiares o temas de la vida cotidiana.

Huyck y Hoyer (1982) conciben la pareja en términos de compañía, intimidad y amistad, y evalúan su estabilidad en razón de la capacidad para ayudar al crecimiento personal de cada uno de los miembros.

En estas pacientes existe con frecuencia una disminución de la satisfacción conyugal provocada por los problemas de apoyo familiar ya aludidos y por los problemas sexuales que pueden surgir en la pareja. La alteración sexual de la mujer con cáncer de mama es muy frecuente, y se va a deber a factores psicológicos y físicos como (Guimon, 1999):

- a) Miedo al rechazo.
- b) Pérdida de autoestima.
- c) Alteraciones anatómicas provocadas por los tratamientos o por la propia enfermedad.

Según Schaie y Geiwitz (1982), una enfermedad como el cáncer puede modificar la estabilidad de la pareja a causa de:

1. La reducción de la actividad social.
2. El incremento de los quehaceres y deberes domésticos.
3. Costes adicionales: tratamiento, desplazamiento, etc.
4. Una menor atracción sexual.
5. La tensión en las relaciones de la pareja.

Todo ello surge como consecuencia de la necesidad de adaptación al proceso de la enfermedad. A partir de ahí se pueden generar ansiedad y sentimientos de desamparo que afecten a la confianza e intimidad de la pareja, tan necesarias para mantener la relación de forma satisfactoria, lo cual obligará a la pareja a un reajuste emocional.

- SOCIOLABORAL

Durante las fases de diagnóstico y tratamiento, que suelen comprender un periodo aproximado de seis meses, es habitual que la paciente permanezca de baja laboral médica. Posteriormente, la mayoría de las mujeres se reincorporan con “normalidad” a su trabajo habitual, aunque deben hacer un esfuerzo añadido para recuperar el entorno sociolaboral del que disfrutaban previamente a la enfermedad.

El problema se plantea cuando el tipo de trabajo requiere una actividad física incompatible con el grado de funcionalidad postquirúrgico (fuerza, movilidad) de la mujer o con la prevención del linfedema, que exige evitar sobreesfuerzos físicos (Ibañez, 1996). Si la mujer realiza trabajos de carga y esfuerzo continuos, será necesario solicitar una reubicación más apropiada dentro de la propia empresa.

En cuanto a las relaciones sociales, el cáncer es una enfermedad social, y la mujer actualmente no es sólo la pieza clave de la dinámica familiar, sino un elemento tanto o más indispensable que el hombre en el complejo entramado sociolaboral (Olbricht, 1993).

Inicialmente, la paciente pierde su papel social y se siente excluida, debiendo posponer con urgencia todos sus proyectos vitales. Se convierte entonces en fuente de problemas y de necesidad para su entorno próximo. Así, surgen necesidades:

1. Sanitarias (cobertura sanitaria, bajas médicas, tiempo para acudir a las consultas...).
2. Económicas (gastos médicos, pérdidas de producción salarial).
3. Laborales (despidos, separación de su ambiente laboral y de la socialización que éste conlleva).

Como se ha dicho anteriormente, cuando la mujer termina sus tratamientos y se propone normalizar su vida, debe realizar un esfuerzo suplementario para recuperar su rol social y laboral. Toda esta gama de alteraciones pueden reducirse de forma significativa si la mujer cuenta con una buena red de apoyo sociofamiliar (Shuman, 2000).

Para poder abordar a la paciente teniendo en cuenta las dimensiones que acabamos de describir, la Psicooncología contempla los siguientes tipos de intervención (Bayés, 2005):

1. Psicoeducación:

- Charlas orientativas
- Folletos informativos
- Asistencia a grupos de apoyo formados tanto por pacientes como por expacientes, cónyuges, parejas y familiares directos.

2. Asesoramiento: reuniones individuales con personal sanitario (médicos, psicólogos, enfermeras, psiquiatras...), entrenándoles para dar respuesta a las distintas necesidades de la paciente y de su familia directa (consejo genético, secuelas físicas, tratamientos...)

3. Terapia grupal: indicada para pacientes y/o cónyuges o parejas de pacientes. Está dirigida a tratar distintos tipos de problemáticas individuales y/o de pareja que se potenciaron o aparecieron a raíz del diagnóstico o del tratamiento de la enfermedad.

4. Terapia individual: indicada para pacientes que presentan problemas psicopatológicos que aparecieron o se potenciaron a raíz del diagnóstico o del tratamiento del cáncer.

Material y métodos

El estudio ha sido realizado con mujeres afectadas por un cáncer de mama en el momento de realizar la encuesta o en algún momento de su vida. Para ello se contactó con la Asociación Leonesa de Mujeres con Cáncer de Mama (ALMON), a la que pertenecen todas ellas.

La forma de contactar con las pacientes fue a través de una primera reunión con el equipo directivo de ALMON, a quienes se expuso de forma concreta en qué consistía el estudio que se quería realizar. Desde el primer momento manifestaron su entera disposición a participar en el proyecto, que como mujeres que habían padecido un cáncer les parecía muy interesante. El contacto posterior con la psicóloga de la asociación facilitó el desarrollo de estrategias que permitieron acercarse a las candidatas al estudio. Desde su punto de vista, la mejor manera de acceder a este tipo de mujeres era colaborando en aquellas actividades que realizaban de manera habitual en la asociación (coloquios, charlas, cursos, etc.).

Siguiendo sus indicaciones, la persona que ha realizado esta memoria se presentó en una reunión multitudinaria un jueves, que es el día de mayor afluencia en la asociación, describiéndolas el proyecto y haciéndolas partícipes al mismo tiempo de lo importante que era entrar a formar parte de la asociación como un miembro más durante un tiempo para llegar a conocerlas.

De las 116 mujeres que formaban parte de ALMON en el momento de realizar el estudio, 98 decidieron tomar parte en éste voluntariamente. Todas ellas firmaron el correspondiente consentimiento informado.

Los métodos utilizados para recoger la información se han seleccionado con el fin de conocer la situación emocional de las mujeres afectadas por un cáncer de mama. Con las tres técnicas empleadas (cuestionario, entrevista grupal y aportación artística) se pretende llegar a todas y cada una de ellas, asumiendo, como se ha señalado anteriormente, que reaccionarán de forma diferente ante las distintas cuestiones planteadas.

A continuación se describen cada una de las 3 estrategias empleadas en el estudio.

Encuestas

Se ha elegido esta técnica porque a través de ella se pueden estudiar las actitudes, valores y creencias de las pacientes, adaptándose a todo tipo de información y de mujer. Lo que se pretende mediante la técnica del cuestionario es que el sujeto plasme por sí mismo las respuestas en el papel, eligiendo de entre las posibles respuestas ofertadas aquella que más se ajuste a sus opiniones. En el cuestionario se ha procurado dar la información indispensable, de manera que con las mínimas explicaciones las preguntas pudieran ser comprendidas, ya que en caso contrario podría darse el caso de que la paciente divagase, lo que llevaría a la pérdida de la veracidad de las respuestas.

El cuestionario se proporcionó previamente a 8 mujeres con el fin de comprobar que se comprendían todas las preguntas y poder controlar el tiempo necesario para contestar todos los ítems, que resultó ser de entre 15 y 20 minutos. El cuestionario era completamente anónimo con el fin de garantizar la confidencialidad de las respuestas, y sólo será utilizado para los fines descritos en esta memoria.

A la hora de elaborar el cuestionario se establecieron tres partes bien diferenciadas:

1. Cuestionario inicial de datos sociodemográficos (8 preguntas), con el que se registró la información sobre diferentes variables sociodemográficas como la edad, el estado civil, el número de hijos y sexo de los mismos, las posibles cargas familiares, el nivel educativo o la situación laboral de las mujeres.
2. Cuestionario de variables de historia clínica (6 preguntas), en el que se recoge información proporcionada por las propias mujeres, sobre los siguientes ítems:
 - Diagnóstico, dividido a su vez en 2 subítems: la fecha de diagnóstico, con la que poder calcular el tiempo transcurrido desde éste hasta la fecha de realización del cuestionario; y el estadio del cáncer de mama. En este último caso, se utilizó el sistema de clasificación de tumores TNM, propuesto en 1987 por la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC). Este sistema combina 3 variables, que son la extensión del tumor primario, y la ausencia o presencia de tumor en ganglios linfáticos regionales y de metástasis en otros órganos y sistemas. Los estadios de los tumores van del I al IV, siendo el primero el más leve y el último el más severo.
 - Pronóstico. Aunque en este caso se les dio la opción de dar una respuesta libre, se les recomendó que eligieran entre 3 opciones: bueno, malo y regular.
 - Tratamientos recibidos por las pacientes, y que incluyen la cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. En el caso de la cirugía, además, se recogen 3 posibilidades de tratamiento quirúrgico: tumorectomía, mastectomía simple o mastectomía radical. Las mujeres podían señalar varios tipos de tratamiento, ya que han podido recibir varios tipos de forma simultánea o sucesiva. También se incluyó como posible respuesta la ausencia de tratamiento para el caso de que no hubieran recibido ninguno.

- Situación actual de la enfermedad, con la que se quería establecer la situación real de las mujeres en el momento de participar en el estudio. Con ella se intentó saber si la enfermedad estaba activa o bien si se encontraba en fase de seguimiento sin recidiva previa o posrecidiva.
 - Tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad, que permite confirmar si ha respondido de forma adecuada en el primer ítem de este apartado (diagnóstico).
 - Intervalos de tiempo que deben transcurrir entre 2 revisiones, que osciló entre 3 meses y 1 año, aunque también se incluyó la posibilidad de que existieran otros intervalos de revisión.
3. Cuestionario propiamente dicho, que ayudará a determinar puntos clave para conocer su estado emocional, como son sus emociones básicas, el ambiente familiar y conyugal y las actitudes desarrolladas ante los mismos, su actitud ante la salud y la enfermedad, su capacidad de afrontamiento, calidad de vida, o sus expectativas vitales.

Para diseñar las preguntas que conformaron la encuesta propiamente dicha con la que valorar el estado emocional de las mujeres afectadas por un cáncer de mama, se utilizaron las siguientes escalas:

1. Escala de Clima Social en la Familia (FES), elaborada por Moos y Moos en 1981 y adaptada para una muestra española por Seisdedos *et al.* en 1989. Aunque la escala define las relaciones entre los miembros de las familias en tres dimensiones: desarrollo, estabilidad y relaciones, sólo se han seleccionado preguntas de la dimensión de relaciones, con la que se valora el grado de comunicación entre los miembros de la unidad familiar, así como el mayor o menor grado de conflictividad que pueda estar presente en ella. De este cuestionario se han elegido 9 preguntas con posibilidad de respuesta dicotómica: sí o no.

2. Escala de sinceridad del Cuestionario de Personalidad para Adultos (EPQ-A) propuesto por Eysenck y Eysenck (1975), y también adaptado a muestras españolas por Escobar *et al.* (1989). Con ella se intenta medir el grado de sinceridad por parte de las mujeres. De los 25 ítems que la componen, todos ellos con posibilidad de respuesta dicotómica (sí o no), se han escogido 2 por ser los más relacionadas con el tipo de pacientes estudiados.
3. Escala de Apreciación de Estrés (EAE), diseñada por Vitaliano *et al.* (1985) y adaptada por Terol (1993), con la que se ha querido evaluar el grado con el que el individuo valora una determinada situación como estresante (en este caso, su enfermedad). En nuestro cuestionario se han incluido 6 ítems, que hacen referencia al grado de amenaza e importancia percibidas y la duración de la situación estresante percibida por la paciente, así como el grado de control percibido en relación con su enfermedad. El tipo de respuesta va de *muy de acuerdo* a *muy en desacuerdo* dando seis posibilidades a la paciente dependiendo del grado de intensidad percibido por ella.
4. Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA), elaborado por Rodríguez-Marín *et al.* (1992) y adaptada a pacientes oncológicos por Terol (1999). Las estrategias de afrontamiento están formadas por todas aquellas respuestas, de tipo comportamental o cognitivo, que la paciente va a poner en práctica para enfrentarse al cáncer de mama. Se han seleccionado 14 ítems cuyas respuestas van de *nunca* a *casi siempre*, en función de la frecuencia con la que las mujeres utilizan las estrategias para afrontar su enfermedad.

5. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), diseñada por Zigmond y Snaith (1983) para valorar el estado emocional en población enferma en el ámbito clínico, y adaptada a enfermos oncológicos en España (López-Roig *et al.*, 2000). En nuestro caso se han seleccionado 8 ítems, con una escala de posibles respuestas que van desde *casi nunca* a *a menudo*.
6. Registro de Estado General de Salud Percibido. Las 2 preguntas finales de la encuesta tratan de obtener información acerca del estado de salud en el momento de realizar el estudio y percibido por las propias mujeres, y se han tomado de una escala de Medida del Impacto de la Enfermedad en pacientes reumáticos (Meenan *et al.*, 1980). La primera pregunta hace referencia al estado físico de las mujeres, mientras que en la segunda se quiere englobar tanto la situación física como cualquier otra forma en la que las puede estar afectando la enfermedad.
7. Escala de Ajuste Psicosocial ante la enfermedad, diseñada por Derogatis (1976), que tiene como propósito establecer la relación entre afrontamiento y ajuste psicosocial a la enfermedad así como identificar la asociación entre éstas en pacientes con cáncer de mama. En este caso se han elegido 6 preguntas por ser las más afines a la encuesta realizada, donde las pacientes pueden elegir entre diferentes respuestas dependiendo de la pregunta que se trate.
8. Cuestionario de Adaptación Emocional al Cáncer, de Andrew *et al.* (1991). El impacto diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama provoca una serie de respuestas psicosociales que afectan a la calidad de vida de la paciente. El objetivo de este cuestionario es evaluar y comparar la calidad de vida y el estado emocional de la paciente en los distintos momentos de la enfermedad. Se han escogido 12 ítems con cuatro posibilidades de respuesta: *nada*, *un poco*, *bastante* y *mucho*.

En el diseño del cuestionario se siguieron las pautas de Cadoche *et al.* (2009) para la realización de un cuestionario útil y eficaz. Así:

- Las preguntas han sido controladas en número.
- Han sido preferentemente cerradas y numéricas.
- Se han redactado con un lenguaje fácil y sencillo.
- Son cortas y precisas.
- Se han evitado las palabras abstractas y ambiguas.
- Han sido formuladas de forma neutral.
- No se han hecho preguntas que obliguen a consultar fuentes de información.
- No es necesario hacer cálculos numéricos complicados en ninguna pregunta.
- No existen preguntas indiscretas.
- Se han redactado para contestar de forma directa e inequívoca.
- Tratan de no levantar prejuicios en las encuestadas en ningún caso.
- Las preguntas están limitadas a una sola idea.
- Se ha procurado que, dentro de lo posible y por lo delicado del tema, las preguntas no conlleven excesiva carga emocional.
- Se ha evitado estimular respuestas condicionadas.

El cuestionario utilizado consta de 59 preguntas, entre las que se incluyeron preguntas de identificación, de hecho, de acción, de información y de control (anexo 1). Todas las preguntas se puntuaron siguiendo las puntuaciones asignadas en sus respectivos cuestionarios, asignando siempre el valor más bajo a la respuesta más positiva y a la más negativa la puntuación más elevada. Es decir, las mayores puntuaciones en la encuesta se relacionarían con los sentimientos negativos. Tomando como referencia esos valores, se trabajó según las teorías cognitivas de la valoración, que constituyen el núcleo de la aproximación cognitiva en la comprensión de las emociones según Magda Arnold y su estudio *Emotion and Personality* (1960). Desde este planteamiento, la valoración por parte de estas mujeres sobre el propio proceso de enfermar así como todo lo referente a la

recuperación, serían un elemento clave del proceso emocional que viven, el que permitiría entender qué efectos tienen sobre cada una de ellas determinadas emociones y por qué se dan diferencias individuales en preguntas idénticas y situaciones semejantes. En definitiva, este sistema de puntuaciones ayudaría a determinar aspectos relativos a la cualidad e intensidad de las emociones en las mujeres de este estudio. Dado que las mujeres encuestadas difieren en su grado de sensibilidad, vulnerabilidad, interpretación y reacción ante los distintos acontecimientos derivados de su relación con el medio que las rodea en general y con su enfermedad en particular, se necesita delimitar las causas que las llevan a actuar de una forma u otra. Lazarus *et al.* (2001) identificaron los componentes básicos de la valoración, y establecieron la diferencia de valoración primaria, cuya función general es determinar la relevancia personal de los acontecimientos y los componentes de valoración secundaria, que es el proceso cognitivo que media en la respuesta emocional de acuerdo a las opciones de afrontamiento que la persona cree que tiene para hacer frente a la situación. Estos procesos de valoración secundaria son los que se utilizan en el presente estudio a la hora de obtener la información dada por las mujeres a través de la encuesta escrita.

Los procesos de valoración secundaria extrapolados a su uso para obtener los resultados de las puntuaciones de la encuesta serían:

1. Adjudicación de la culpa: se refiere al tipo de control que la mujer cree tener sobre los acontecimientos, existiendo en muchas de ellas la atribución de culpa sobre ellas mismas.
2. Potencial de afrontamiento: es el resultado de valorar si es posible o no, aminorar o eliminar un daño producido por la enfermedad, o de superar el reto que supone, alcanzando así un beneficio para la recuperación.
3. Expectativas futuras: se refiere a las expectativas puestas por parte de la mujer en su total recuperación, creyéndose capaz de conseguirlo si se lo propone, y buscando tanto en ella como en ayudas externas si

fuera necesario, las estrategias de afrontamiento que la ayudarán a abandonar la enfermedad.

El cuestionario propiamente dicho está formado por cinco bloques de preguntas. Con las preguntas del primer bloque se quería indagar acerca de los sentimientos personales de las mujeres en relación a su enfermedad. En el caso de las preguntas del segundo bloque, se querían valorar los recursos de afrontamiento de los que disponen las mujeres. Con las del tercer bloque se buscaba conocer el entorno de la mujer con cáncer de mama, mientras que con las del bloque se quiso definir las posibles respuestas de afrontamiento desadaptativas que pudieran estar siendo utilizadas por las pacientes. Finalmente, con las preguntas del quinto bloque se pretendía conocer la valoración que las propias mujeres hacían de su estado de salud en el momento de realizar la encuesta.

Entrevistas grupales

Debido al escenario complejo que supone el cáncer de mama y sus circunstancias, entre las que se incluyen el tratamiento médico, las secuelas orgánicas, estéticas y funcionales, así como sus consecuencias psicosociales, familiares y sociales, era necesario acercarse de manera más directa y personal a ciertos aspectos relacionados con su vida personal y familiar. Por ello, se decidió realizar una entrevista grupal a grupos focales de 4-5 mujeres utilizando en este caso una guía de entrevista preparada, con cuatro preguntas de respuesta abierta. A las mujeres se les daba un tiempo de 10 min para que leyeran las preguntas, reflexionaran sobre ellas y consultaran posibles dudas. Posteriormente, durante media hora, y participando la persona que presenta esta memoria como moderadora, se procuró facilitar la participación y la discusión entre las participantes, asegurando al mismo tiempo la fluidez de la conversación y la respuesta de todas las preguntas formuladas. Todos los datos fueron recogidos en forma de anotaciones ya que algunas de las participantes se sintieron intimidadas cuando se propuso la posibilidad de grabarlas en audio.

Por lo que respecta a las preguntas realizadas, se eligieron cuatro con las que las pacientes pudieran dar su opinión acerca del proceso por el que habían pasado o estaban pasando, de manera que fuera posible acercarse a sus sentimientos y emociones. Como se ha señalado anteriormente, en este apartado se optó por formular preguntas abiertas, a las que las pacientes podían contestar sin verse obligadas a elegir una respuesta u otra, de forma que al encontrarse junto con otras mujeres pudieran confrontar diferentes opiniones y sentimientos. Las pacientes a estudio fueron evaluadas mediante cuatro preguntas obtenidas de tres cuestionarios distintos:

Las pacientes estudiadas fueron evaluadas mediante cuatro preguntas obtenidas de tres cuestionarios distintos:

1. *General Health Questionnaire* (GHQ) (Goldberg *et al.*, 1979): cuestionario de salud general de Goldberg, que ha sido diseñado para detectar alteraciones psiquiátricas no-psicóticas en el contexto comunitario, y que está validado en la población española (Lobo *et al.*, 1986).
2. *The European Organization of Research and Treatment of Cancer* (EORTC-QLQ-C30) (Aaronson *et al.*, 1993): cuestionario de calidad de vida específicamente diseñado para pacientes oncológicos y también adaptado al castellano (Arrarás *et al.*, 1995).
3. *Coping Operations Preferents Enquiry* (Cuestionario COPE) (Carver *et al.*, 1989): diseñado para medir respuestas de afrontamiento, tanto situacional (cómo hacer frente a un problema específico en un periodo de tiempo determinado) como disposicional (qué se hace habitualmente para afrontar situaciones estresantes).

Las preguntas planteadas a partir de estos cuestionarios fueron:

1. *¿Serían capaces de diferenciar los momentos por los que han pasado a lo largo de este proceso que es su enfermedad?*
2. *Identifique qué personas han formado parte de su entorno durante este proceso y el papel que han tenido en el mismo. ¿Quién ha sido su apoyo fundamental psicológicamente hablando?*

3. *¿Qué postura han tomado uds. con respecto a lo que estaban viviendo? ¿Podrían definir las estrategias que han utilizado para enfrentarse a la enfermedad?*
4. *Si tuvieran que dar algún consejo a las mujeres que comienzan una andadura como la suya, ¿qué le dirían?*

La entrevista giró en torno a cuatro nociones básicas fundamentales a la hora de determinar el estado emocional de las mujeres:

- a) Fases emocionales que ellas identifican a lo largo de su enfermedad: diagnóstico, tratamiento, recuperación, recidiva...
- b) Cómo ven ellas su entorno: familia directa e indirecta, entorno social, si consideran que influye de manera positiva o negativa, o quién consideran que las apoya psicológicamente.
- c) Rol que ellas creen que han adoptado frente a su enfermedad con relación a los demás.
- d) Recomendaciones que darían a personas que como ellas comienzan con esta dura enfermedad, en cuanto a la actitud que deben tomar (para tener un buen tratamiento y una adecuada recuperación), y consejos con respecto a la manera de comportarse de los profesionales sanitarios ante los requerimientos y necesidades de las pacientes.

La entrevista grupal se estructuró en tres partes:

1. Fase inicial, en la que se realizó una toma de contacto con preguntas generales, como las referentes a las actividades llevadas a cabo en la asociación, que no crearan controversia entre las participantes, evitando las preguntas que se pudieran contestar con *sí* o *no*.
2. Fase intermedia, durante la que se intentó obtener la información buscada, siempre yendo de lo más general a aspectos más concretos, y de lo impersonal a lo personal.
3. Fase final, en la que se formularon las preguntas más concretas, concernientes a su enfermedad y la manera de vivirla, y alguna

pregunta control para asegurar la veracidad de las anteriores. Además, se dejaron unos minutos por si las mujeres querían aportar alguna cosa más que, según ellas, pudiera resultar relevante.

Aportación artística

Finalmente, se pidió a las mujeres que participaron en todo el proceso que colaboraran con un dibujo en el que representaran, de la forma que creyesen más adecuada, lo que la enfermedad había supuesto en sus vidas, facilitándolas el material necesario para ello. Con este apartado lo que se pretendió es que las pacientes intentaran manifestar con su obra sus propios sentimientos y emociones.

A todas ellas se les dio un tiempo aproximado de 20 minutos, comentándose posteriormente de forma individual el dibujo para obtener de esta manera más información sobre el mismo.

Análisis estadístico

Las respuestas proporcionadas por las mujeres que han participado en este estudio se han procesado y analizado mediante los programas Microsoft Excel 2013 e IBM SPSS versión 21 con licencia de la Universidad de León.

En los apartados de la encuesta en los que se recogen los datos demográficos y los datos clínicos se ha llevado a cabo un estudio descriptivo básico. En la encuesta propiamente dicha, las variables utilizadas para hacer comparaciones han sido su edad, su estado civil, la existencia o no de hijos, su nivel educativo, la situación laboral en el momento de rellenar el cuestionario, el pronóstico del tumor que habían sufrido y los periodos de revisión de su proceso, al considerarse que son las más relacionadas con la situación emocional de las pacientes. En el caso de la variable edad, se ha categorizado en 3 estratos (menores de 50 años, de

50 a 59 años y mayores de 60 años), al ser sus características fisiológicas y situaciones emocionales diferentes. Por lo que respecta al estado civil, se han incluido en un único grupo las mujeres casadas y las que viven en pareja, por la influencia y dependencia emocional que pueden tener de sus parejas.

Para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado el test de χ^2 . En el caso de las variables cuantitativas, se han llevado a cabo las pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnoff) y los test no paramétricos de la U de Mann-Whitney en el caso de 2 muestras y de Kruskal-Wallis para más de 2 muestras. Además, se evaluó la fiabilidad del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

En todos los casos se ha considerado que existen diferencias cuando el nivel de significación ha sido inferior al 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados y discusión

La secuencia de presentación de los resultados obtenidos se hará de acuerdo con el siguiente esquema: se expondrán en primer lugar los correspondientes a la encuesta, a los que seguirán los centrados en las entrevistas grupales, exponiendo finalmente la parte artística de este estudio. En el caso de los resultados de la encuesta, se considerarán tres apartados, que se corresponden con los datos demográficos, los clínicos y la encuesta propiamente dicha.

1. Encuestas

El número de encuestas realizadas fue de 98. Como se ha señalado en el apartado Material y métodos, la encuesta se llevó a cabo con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, pertenecientes todas ellas a la Asociación de Mujeres Operadas de Cáncer de Mama de León (ALMON).

Datos demográficos

La media de edad de las mujeres que tomaron parte en el estudio fue de $53,1 \pm 8,1$ años. En la figura 1 se recoge la distribución etaria de las participantes, en la que se puede apreciar como la mayoría de ellas son de mediana edad, situándose en un rango de edad de entre 50 y 59 años (42,9%), o bien entre los 40 y 49 años (33,7%).

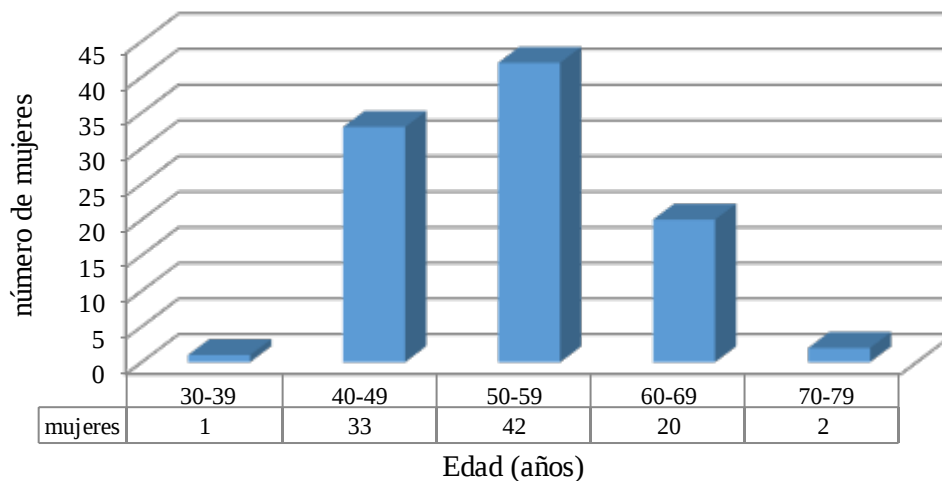


Figura 1. Distribución de las mujeres participantes en el estudio en función de su edad.

Por lo que respecta a su estado civil, en la figura 2 se puede observar que más de la mitad de las mujeres que respondieron la pregunta están casadas (65,1%). En cuanto al resto, están separadas o divorciadas un 16,3%; un 12,8% permanecen solteras, y tan sólo un 5,8% se han quedado viudas. En este caso, debe señalarse que de las 98 mujeres que participaron en el estudio, un 12,2% no respondieron a esta pregunta. El análisis estadístico reveló que no existían diferencias significativas en el estado civil de las mujeres encuestadas en función de su edad ($\chi^2 = 3,112$; $p = 0,795$).

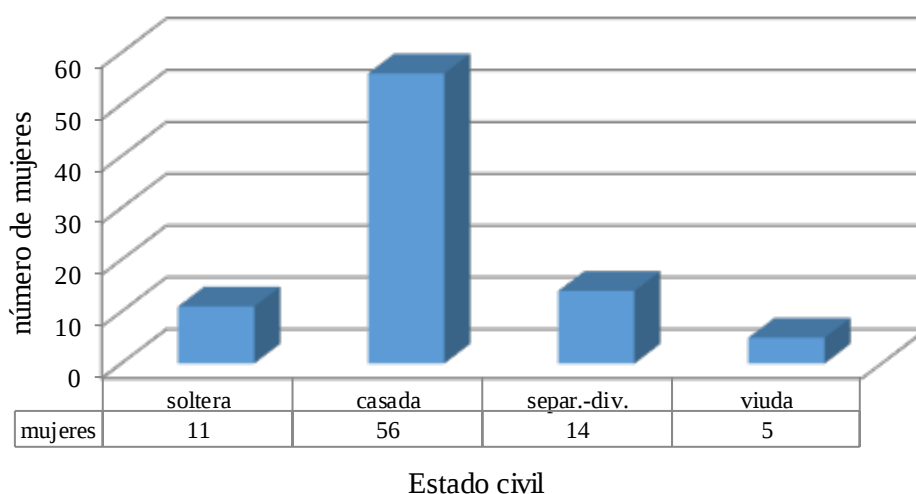


Figura 2. Distribución de las mujeres participantes en el estudio en función de su estado civil.

La gran mayoría de las participantes (78,6%) tienen hijos, con una media de $1,6 \pm 1,1$ hijos. De ellas, como se recoge en la figura 3, el 50,6% tiene dos hijos; un 26,0% tienen un único hijo; un 16,9% tiene 3 hijos y tan sólo un 6,5% tienen 4 hijos. No se evidenciaron diferencias significativas en la existencia o no de hijos en función de la edad de las mujeres ($\chi^2 = 0,992$; $p = 0,609$). Sí existían en función de su estado civil, siendo las que tenían hijos aquellas mujeres que estaban en su mayoría casadas o separadas ($\chi^2 = 33,646$; $p = 0,000$).

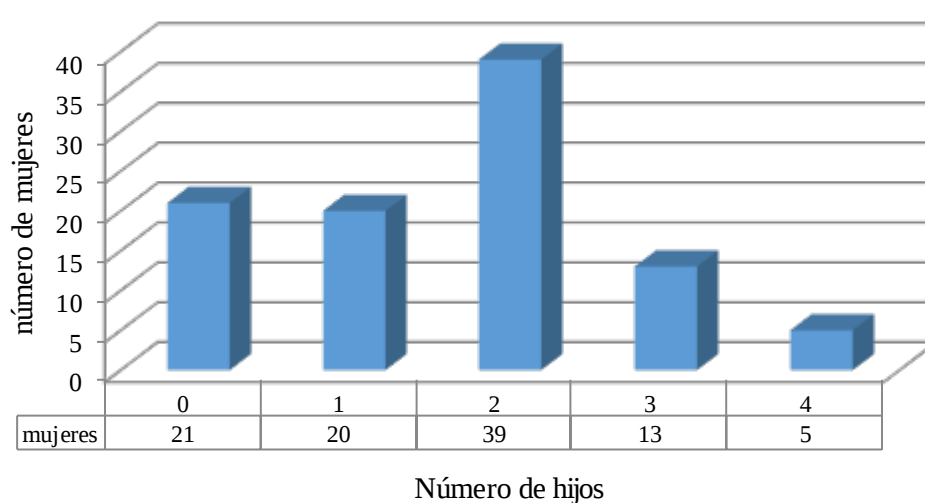
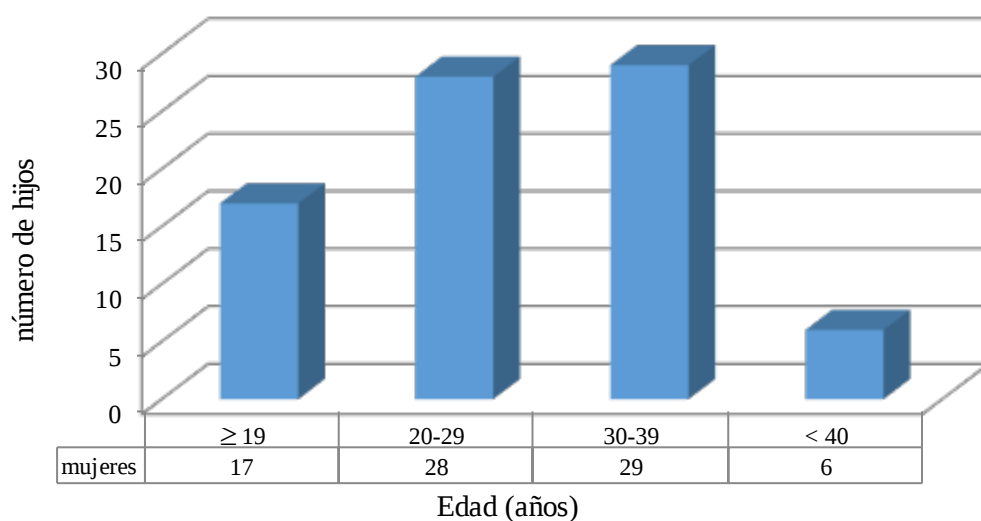


Figura 3. Distribución de las mujeres participantes en el estudio en función del número de hijos.

La media de edad de los hijos fue de $27,1 \pm 8,1$ años. Este valor no osciló mucho en función del sexo de los hijos, siendo de $27,4 \pm 8,7$ años para los hijos varones y de $26,7 \pm 7,6$ años para las hijas. En la figura 4 se puede comprobar que la edad de la mayor parte de ellos se situaba en la franja de los 20 y los 39 años.

(A)



(B)

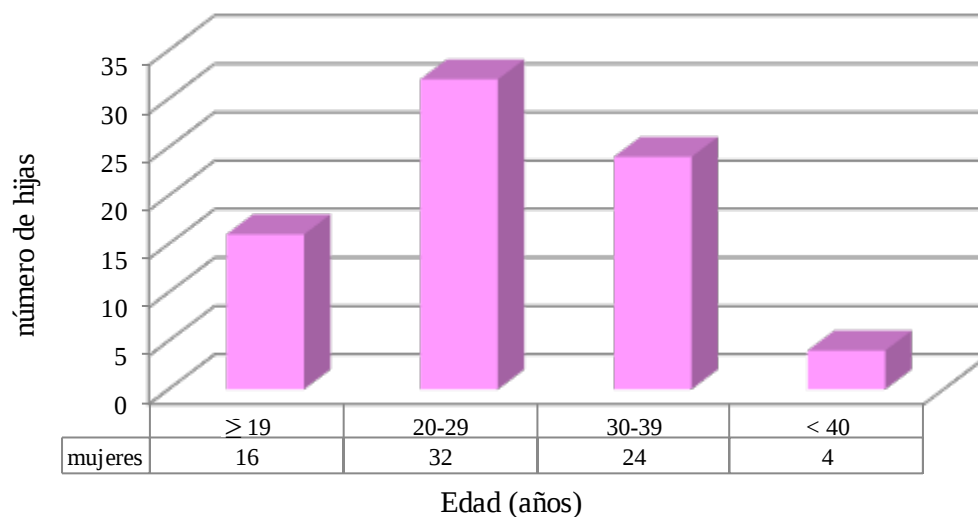


Figura 4. Distribución de las mujeres participantes en el estudio en función de la edad de los hijos (A) e hijas (B).

Con relación a las personas con las que viven de forma habitual, se ha obtenido una gran variedad en las respuestas, pues el 64,7% vive con su marido (58 mujeres) o en pareja (2 pacientes). De aquellas que viven con su marido, el 63,7% lo hace también con sus hijos. Otro 11,7% no vive en pareja pero sí con sus hijos. Por otro lado, un 8,5% (8 mujeres) vive con sus padres, aunque en este caso la mitad de ellas viven tanto con sus padres como con su marido y/o hijos. Finalmente, un 3,2% vive con otros familiares (abuelos, tíos o primos) y un 16,0% de ellas vive sola. El estudio

estadístico realizado reveló que existían diferencias significativas en el hecho de vivir acompañada en función de su edad (las mujeres de 69 años o menos vivían en su mayoría acompañadas) ($\chi^2 = 12,476$; $p = 0,014$) y de que tuvieran o no hijos ($\chi^2 = 9,440$; $p = 0,009$).

Se puede decir además que la mayoría de ellas (75,5%) no tiene ninguna persona a su cargo, lo que probablemente se pueda relacionar con su propia enfermedad. En cuanto al resto, un 9,2% (9 mujeres) tienen a sus padres a su cargo (de estas el 22,2% se ocupan también de algún tío/a), un 6,1% (6 mujeres) a sus hijos; un 4,1% (4 mujeres) a algún tío/a y otro 3,1% (3 mujeres) a un hermano, nieto o primo. No se pudo establecer que existiera una relación entre la existencia de una persona a cargo y la edad de las mujeres ($\chi^2 = 3,246$; $p = 0,197$), su estado civil ($\chi^2 = 1,242$; $p = 0,871$) o la existencia de hijos ($\chi^2 = 3,758$; $p = 0,053$).

Por lo que respecta al nivel educativo, este es de nivel medio: el 36,6% de las mujeres que contestaron a esta pregunta (lo hicieron 93 mujeres) ha obtenido el graduado escolar o bien ha hecho algún módulo de Formación Profesional; el 30,1% ha realizado estudios primarios; un 26,9% ha obtenido una titulación media (Diplomatura o Ingeniería Técnica), y tan sólo un 6,5% tiene un título universitario superior (figura 5). Tampoco el nivel educativo de las mujeres encuestadas presentó diferencias significativas en relación a su edad ($\chi^2 = 8,389$; $p = 0,396$), estado civil ($\chi^2 = 14,452$; $p = 0,273$) o el hecho de vivir acompañada ($\chi^2 = 7,823$; $p = 0,451$), pero sí en relación a la existencia de hijos, predominando en aproximadamente dos tercios de las mujeres que habían tenido hijos los estudios primarios, el graduado escolar o los estudios de Formación Profesional ($\chi^2 = 11,382$; $p = 0,023$).

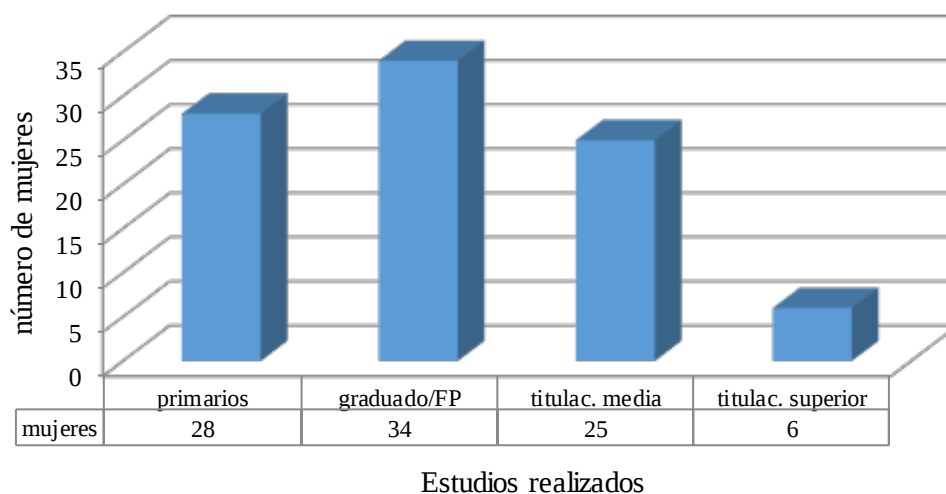


Figura 5. Distribución de las mujeres participantes en el estudio en función de su nivel educativo.

Su situación laboral se representa en la figura 6, en la que se puede comprobar que, de aquellas mujeres que respondieron a la pregunta acerca de esta (92 mujeres) algo más de la mitad trabaja (52,2%); un 15,2% es ama de casa; un 17,4% está jubilada; el 9,8% está en paro (de ellas, un 22,2% se encuentra en esta situación por su enfermedad) y un 5,4% está de baja. En este caso, el estudio estadístico reveló diferencias significativas en la situación laboral de las mujeres en función de su edad ($\chi^2 = 35,982$; $p = 0,000$), al tener entre 50 y 59 años la mayoría de las que trabajaban o eran amas de casa mientras que las que estaban jubiladas tenían una edad superior a los 60 años; así como en función de que vivieran o no acompañadas: entre las que vivían en compañía era mayor el porcentaje de mujeres en activo ($\chi^2 = 16,130$; $p = 0,041$). No existían diferencias significativas en relación a su estado civil ($\chi^2 = 9,840$; $p = 0,630$), la existencia o no de hijos ($\chi^2 = 1,300$; $p = 0,861$) o su nivel educativo ($\chi^2 = 22,856$; $p = 0,118$).

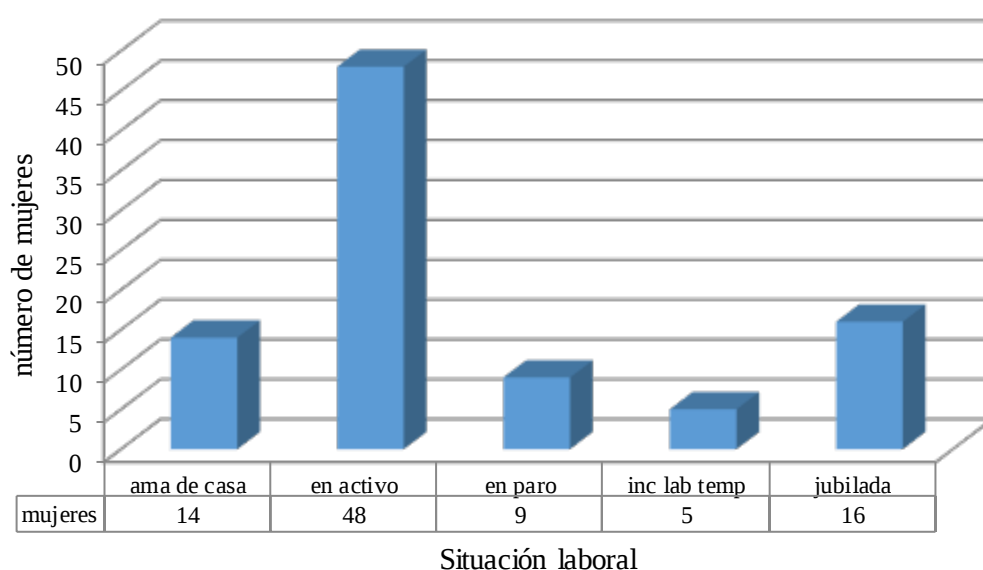


Figura 6. Distribución de las mujeres participantes en el estudio en función de su situación laboral.

En la tabla 3 se resumen las características demográficas descritas previamente.

Datos clínicos

En función de las respuestas obtenidas, se ha calculado que el tiempo medio transcurrido desde que se produjo el diagnóstico del cáncer de mama hasta que se realizó la encuesta fue de $4,3 \pm 3,5$ años; oscilando los valores en un rango que va desde aquellas pacientes en las que no había transcurrido ni un año desde que se les había diagnosticado el tumor hasta alguna para la que ya habían pasado 24 años desde el diagnóstico. Además, la mayor parte de las pacientes (84,7%) se encontraba en el estadio II de su enfermedad, situándose en los estadios I y III un 6,1% en cada caso. Por otro lado, una paciente se consideraba totalmente curada (1,0%) y 2 de ellas (2,0%) o no recordaban la fase de su enfermedad o les resultaba desconocido (figura 7). El estadio de la enfermedad no se pudo correlacionar con la edad de las mujeres ($\chi^2 = 6,860$; $p = 0,334$), su estado civil ($\chi^2 = 12,537$; $p = 0,185$), la existencia de hijos ($\chi^2 = 4,830$; $p = 0,185$), su nivel educativo ($\chi^2 = 5,385$; $p = 0,944$); pero sí con su situación laboral,

presentando mayoritariamente las mujeres en activo un tumor en estadio II ($\chi^2 = 21,880$; $p = 0,039$).

Tabla 3. Descripción de la muestra. Datos sociodemográficos.

Edad (años)	Nº de mujeres	Estado civil	Nº de mujeres
30-39	1	Casada o en pareja	56
40-49	33	Viuda	5
50-59	42	Soltera	11
60-69	20	Separada/divorciada	14
70-79	2	NS/NC	12
Nivel educativo	Nº de mujeres	Situación laboral	Nº de mujeres
Iltrado	0	Ama de casa	14
Lee y escribe	0	En activo	48
Estudios primarios	28	En paro	9
Graduado escolar, FP o similar	34	Jubilada	16
Titulación media	25	Incapacidad laboral temporal	5
Titulación superior	6	Trabaja con restricciones	0
NS/NC	5	Estudiante	0
		NS/NC	6

NS/NC: no sabe/no contesta.

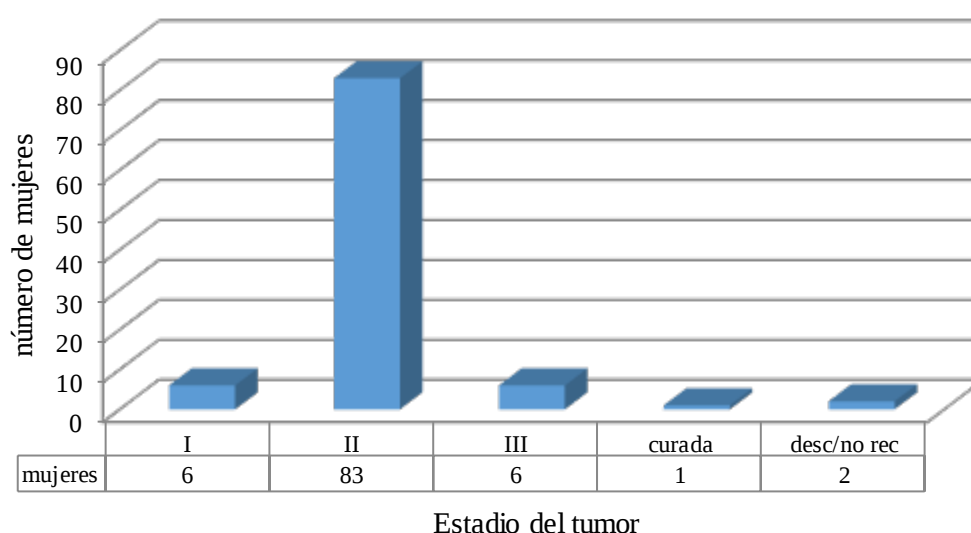


Figura 7. Distribución de las mujeres participantes en el estudio en función del estadio de su enfermedad.

En cuanto al pronóstico indicado por las propias pacientes, prácticamente se reparte a partes iguales entre los pronósticos *bueno*, *malo* y *sin determinar*: para 30 pacientes (31,6% de las que contestaron a esta pregunta) era bueno, para 31 (32,6%) era malo y 34 de ellas (35,7%) no fueron capaces de establecer algún tipo de pronóstico concreto (figura 8). No se encontraron diferencias significativas en el pronóstico en relación a su estado civil ($\chi^2 = 5,258$; $p = 0,511$), la existencia de hijos ($\chi^2 = 2,605$; $p = 0,272$), su nivel educativo ($\chi^2 = 2,049$; $p = 0,979$), la situación laboral ($\chi^2 = 12,447$; $p = 0,132$) o los años transcurridos desde el diagnóstico ($\chi^2 = 9,763$; $p = 0,135$).

En el caso de las pacientes para las que, según ellas, su enfermedad tenía un buen pronóstico, la mayor parte (80,0%) se encontraba en el estadio II de su enfermedad; un 13,3% en estadio I; y un 3,3% estaba curada o en estadio III. Cuando el pronóstico fue malo, también la mayor parte de ellas se encontraba en estadio II (74,2%); un 16,1% en estadio III; un 6,5% en estadio I; y una de ellas no conocía el estadio en el que se encontraba. Para aquellas que no fueron capaces de definir el pronóstico de su enfermedad, el 97,1% se encontraba en estadio II y tan sólo una paciente

no recordaba el pronóstico. La media de edad de las mujeres fue de $54,7 \pm 8,62$ años para las que indicaron un buen pronóstico; de $52,5 \pm 9,01$ años para las que señalaron uno malo, y de $52,6 \pm 6,77$ años para aquellas que tuvieron un pronóstico sin determinar, no existiendo diferencias en el pronóstico del tumor en función de la edad de las pacientes ($\chi^2 = 3,873$; $p = 0,424$).

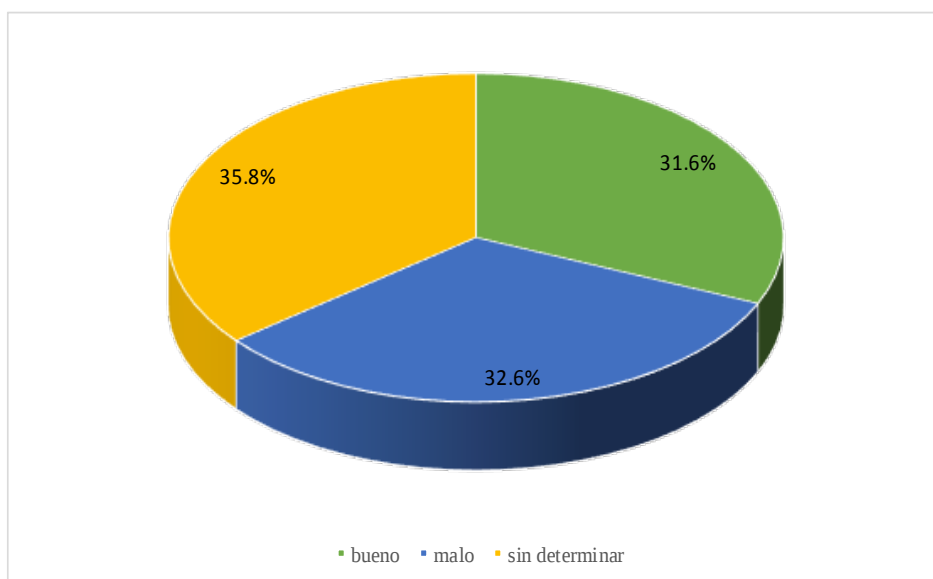


Figura 8. Distribución de las mujeres participantes en el estudio en función del pronóstico de su enfermedad indicado por ellas.

Por lo que respecta a los tratamientos recibidos, todas las pacientes recibieron algún tipo de tratamiento. La gran mayoría de las pacientes (98,0%) fue sometida a tratamiento quirúrgico. De ellas, un 5,2% sufrió una tumorectomía, un 52,1% se sometió a una mastectomía simple y el 42,7% restante sufrió una mastectomía radical (figura 9). La utilización o no de cirugía como tratamiento no se pudo correlacionar con el estadio del tumor ($\chi^2 = 1,749$; $p = 0,626$). No obstante, la mastectomía simple predominaba como tratamiento quirúrgico de los tumores en estadio II ($\chi^2 = 10,333$; $p = 0,016$), mientras que la mastectomía radical lo hacía en los tumores en estadio III ($\chi^2 = 9,282$; $p = 0,026$).

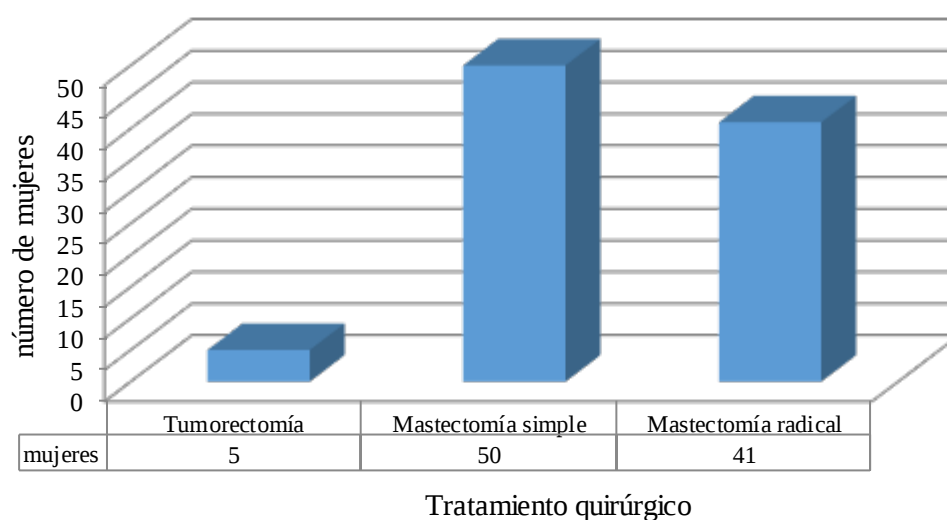


Figura 9. Tipo de tratamiento quirúrgico recibido por las mujeres participantes en el estudio.

Por otro lado, las 2 pacientes que no siguieron un tratamiento quirúrgico sí recibieron quimioterapia, tratamiento que fue seguido por el 95,9% (94 mujeres) de las pacientes que participaron en la encuesta. De ese 4,1% que no recibió tratamiento de quimioterapia (4 pacientes), 3 habían sufrido una mastectomía simple (sus tumores se encontraba en los estadios I y II) y una de ellas una tumorectomía (estadio II).

Asímismo, el 73,5% de las pacientes recibieron un tratamiento a base de radioterapia. Para el 26,5% que no lo recibió (26 mujeres), una de ellas se encontraba en estadio I, otra se consideraba curada, y el resto (24 mujeres) se encontraban en estadio II. De estas 26 mujeres que no recibieron radioterapia, dos de ellas sufrieron una tumorectomía, 17 una mastectomía simple y 5 una mastectomía radical, y 2 no siguieron un tratamiento quirúrgico. De estas mismas 26 mujeres que no recibieron radioterapia, 24 de ellas sí siguieron un tratamiento a base de quimioterapia antineoplásica. De las 72 pacientes que recibieron radioterapia, a todas excepto a 2 se les administró quimioterapia antineoplásica.

En el caso de la hormonoterapia, siguieron este tratamiento el 37,8% de las pacientes (37 mujeres). De ellas, tan sólo una no recibió ni quimioterapia ni radioterapia, y otras 5 no recibieron radioterapia. Además, todas ellas sufrieron tratamiento quirúrgico: 3 se sometieron a una tumorectomía; 12 a una mastectomía simple y 22 a una mastectomía radical. Finalmente, estas últimas 22 pacientes que se sometieron a la mastectomía radical recibieron tratamiento tanto de quimioterapia como de radio y hormonoterapia.

En la figura 10 se representan los diferentes tratamientos seguidos por las pacientes encuestadas.

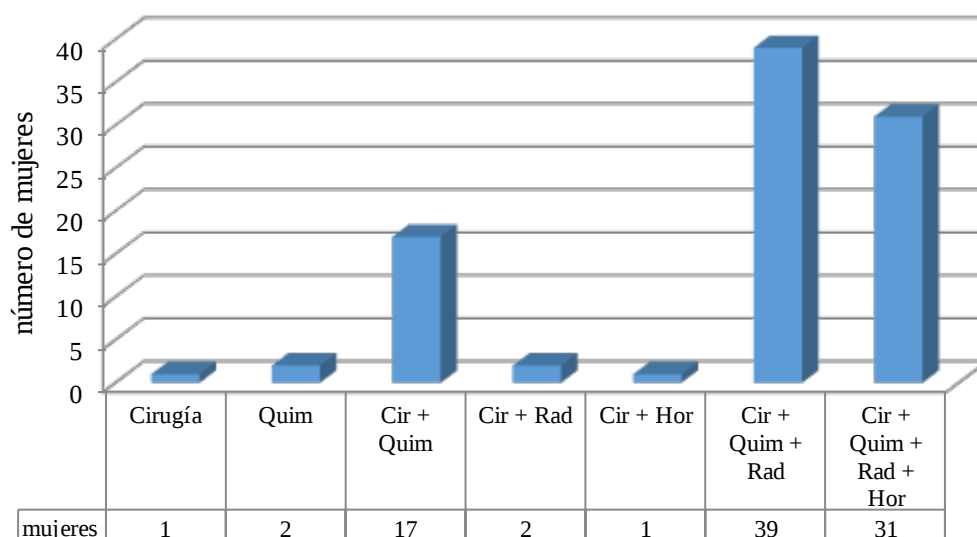


Figura 10. Modalidad de tratamiento recibido por las mujeres participantes en el estudio.

En cuanto a la situación actual de la enfermedad, el 56,4% de las que contestaron (4 pacientes no lo hicieron) se encuentra en fase de seguimiento sin recidiva previa; el 34,0% estaban en una fase de seguimiento posrecidiva, y únicamente el 9,6% presentaban la enfermedad activa con o sin tratamiento. En el caso de las pacientes que se encontraban en una fase de seguimiento posrecidiva, todas ellas recibieron quimioterapia y sufrieron una mastectomía simple o radical. El análisis estadístico no reveló diferencias significativas entre la situación actual del tumor y la edad de las

pacientes ($\chi^2 = 2,263$; $p = 0,688$), su nivel educativo ($\chi^2 = 6,872$; $p = 0,550$), el estadio del tumor ($\chi^2 = 5,749$; $p = 0,452$) o el periodo de tiempo transcurrido desde el diagnóstico ($\chi^2 = 4,909$; $p = 0,556$), pero sí con su pronóstico ($\chi^2 = 14,310$; $p = 0,006$).

Para finalizar con este apartado, la mayoría de ellas se someten a revisiones periódicas cada 6 meses (31,5%) o 1 año (29,2%), haciéndolo el resto cada 3 meses (19,1%) o bien siguiendo otra cadencia temporal (20,2%) (figura 11). La periodicidad de las revisiones no se pudo relacionar con la edad de las pacientes ($\chi^2 = 2,992$; $p = 0,810$), el estadio del tumor ($\chi^2 = 8,274$; $p = 0,507$), su pronóstico ($\chi^2 = 5,501$; $p = 0,531$) o la situación actual del tumor ($\chi^2 = 7,919$; $p = 0,244$), pero sí, como se esperaba, con los años transcurridos desde el diagnóstico ($\chi^2 = 26,599$; $p = 0,002$).

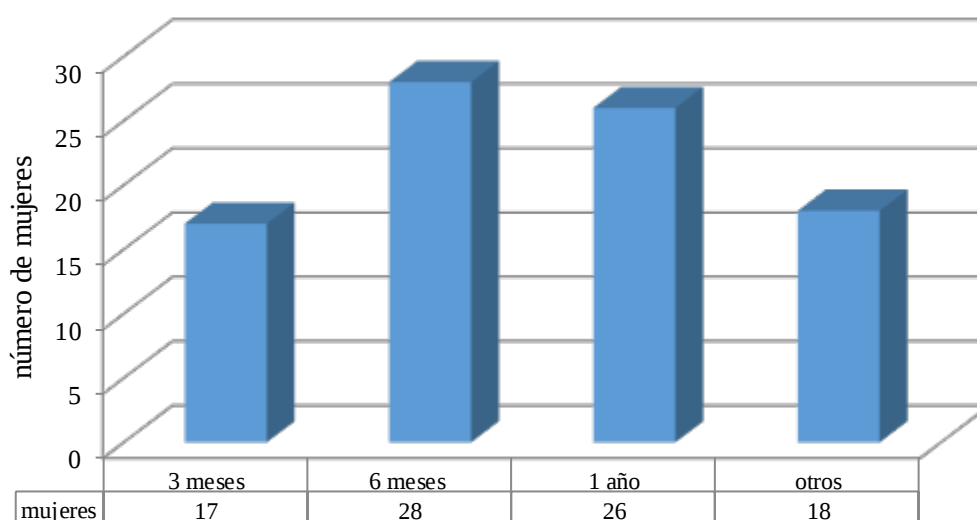


Figura 11. Periodicidad de las revisiones seguida por las mujeres participantes en el estudio.

En la tabla 4 se recogen, de forma resumida, los datos clínicos de las mujeres que participaron en este estudio.

Tabla 4. Descripción de la muestra. Datos clínicos.

Estadio de la enfermedad	Nº de mujeres	Pronóstico	Nº de mujeres
I	6	Bueno	30
II	83	Malo	31
III	6	Sin determinar	34
IV	0	NS/NC	3
curada	1	Tratamientos recibidos	Nº de mujeres
NS/NC	2	Quimioterapia	94
Tipo de cirugía practicada	Nº de mujeres	Radioterapia	72
Tumorectomía	5	Hormonoterapia	37
Mastectomía simple	50	Cirugía	96
Mastectomía radical	41	Tiempo entre revisiones	Nº de mujeres
NS/NC	2	Tres meses	17
Situación actual enfermedad	Nº de mujeres	Seis meses	28
Seguimiento sin recidiva	53	Un año	26
Seguimiento post-recidiva	32	Otros intervalos	18
Con enfermedad activa	9	NS/NC	9
NS/NC	4		

NS/NC: no sabe/no contesta.

Resultados de la encuesta

A continuación se recogen los resultados de la encuesta propiamente dicha. La consistencia interna del cuestionario se evaluó mediante el estadístico alfa de Cronbach, que tomó un valor de 0,902.

BLOQUE I

Las preguntas cuyos resultados se exponen a continuación estaban encaminadas a conocer aquellos sentimientos personales de la mujer que, de forma más directa, afectan a su enfermedad. Con ellas se trataba de obtener una mayor cantidad de información con respecto a una conducta expresiva específica y unos pensamientos y sentimientos de la paciente en cuestión que puedan tener relación con posibles reacciones fisiológicas que se puedan producir en su organismo.

A la pregunta sobre si últimamente habían sentido miedo, o se habían encontrado tensas o nerviosas (figura 12), la mayor parte de ellas indicaron que sí habían tenido estos sentimientos: el 38,8% manifestó haber sentido *bastante* miedo o nervios y el 20,4% *mucho* miedo, mientras que lo sintieron *un poco* o *nada* el 28,6% y el 12,2% de ellas, respectivamente.

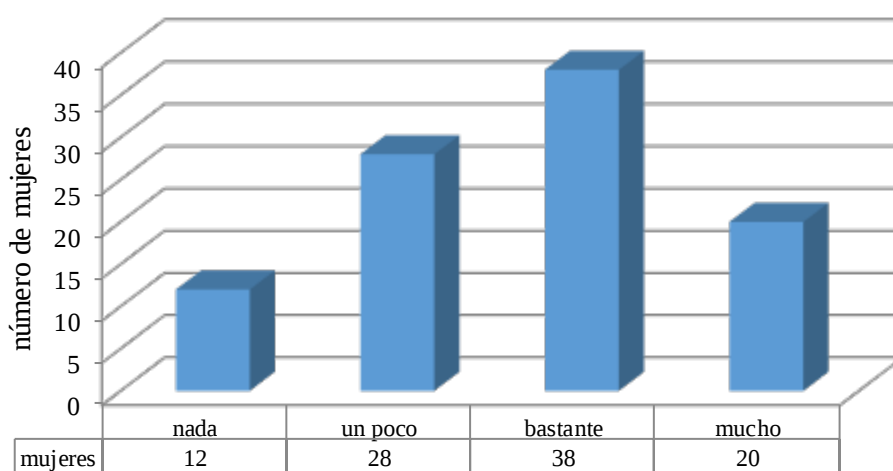


Figura 12. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿Últimamente ha tenido miedo, se ha encontrado tensa, nerviosa o preocupada?*

En la figura 13 se representan las respuestas obtenidas en relación a la existencia de miedo, tensión o nerviosismo en las mujeres encuestadas en función de sus rangos de edad. Aunque no se detectaron diferencias significativas ($\chi^2 = 4,607$; $p = 0,635$), se puede ver que las pacientes menores de 50 años se sitúan mayoritariamente entre las respuestas *bastante* y *mucho* (61,7%). Tan solo cuatro de ellas respondieron que no tenían *nada* de miedo (11,8%), mientras que las pacientes comprendidas entre los 50 y los 59 años se sitúan de forma predominante en la respuesta *bastante* (47,6%). En el grupo de mujeres mayores de 60 años, la distribución entre las distintas respuestas está más equilibrada.

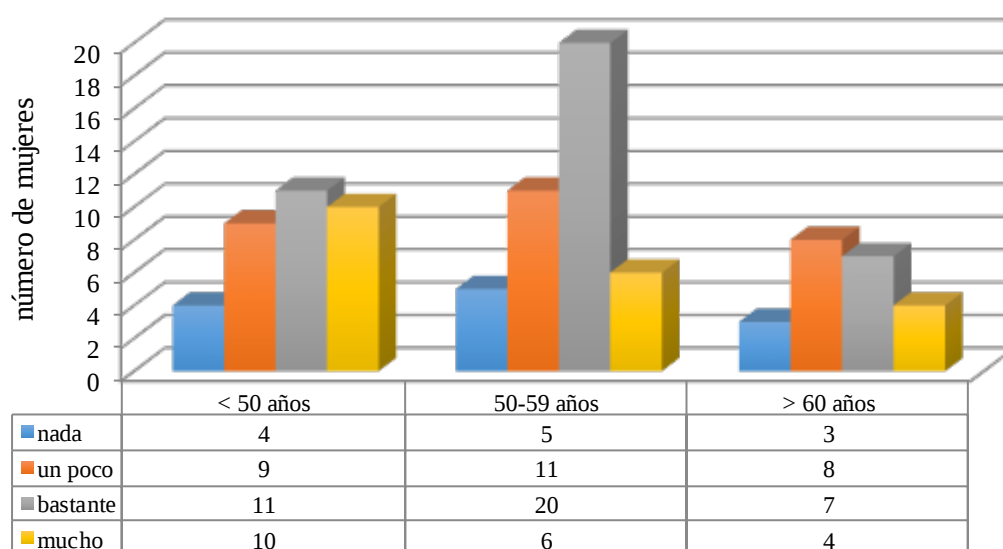


Figura 13. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿Últimamente ha tenido miedo, se ha encontrado tensa, nerviosa o preocupada?* agrupadas en función de la edad de las pacientes.

Si lo que tenemos en cuenta es el estado civil de las pacientes (figura 14) a la hora de relacionarlo con la primera pregunta de la encuesta, en el grupo de las mujeres casadas o que viven en pareja, la mayoría de ellas señalaron que tenían miedo, escogiendo un 37,5% la respuesta *bastante* y un 21,4% la respuesta *mucho*. Aunque los otros grupos son minoritarios, en el de las mujeres viudas también predomina la respuesta *bastante* (60,0%), mientras que en el de las separadas-divorciadas las respuestas están mucho más repartidas, no existiendo diferencias

significativas entre los distintos grupos de mujeres considerados a la hora de responder a esta pregunta ($\chi^2 = 5,500$; $p = 0,789$).

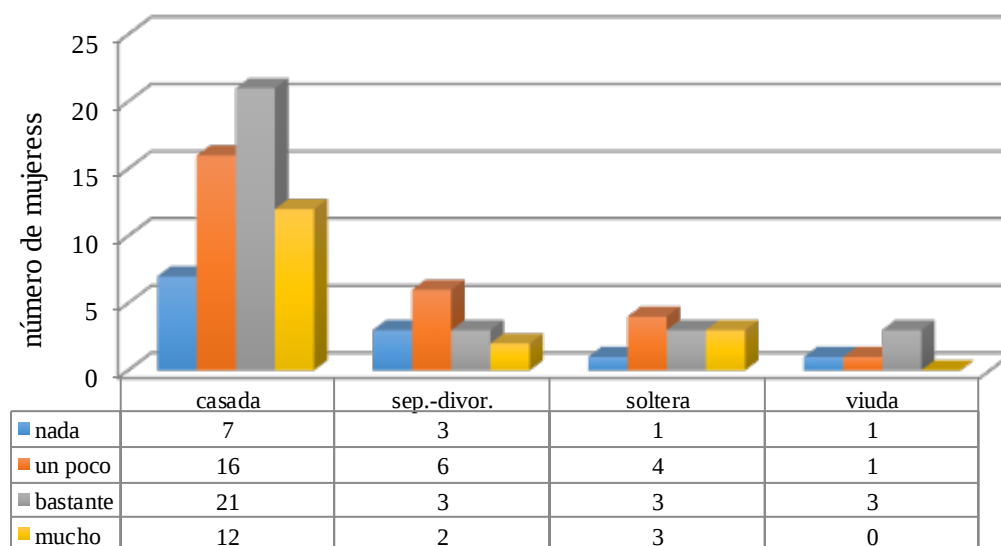


Figura 14. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿Últimamente ha tenido miedo, se ha encontrado tensa, nerviosa o preocupada?* agrupadas en función del estado civil de las pacientes.

En cuanto a la relación de esta misma pregunta con la existencia de hijos, en la figura 15 se puede evidenciar que un número importante de las mujeres, tanto con hijos como sin ellos, seleccionan la respuesta *bastante*. En ambos grupos, aproximadamente dos tercios han tenido de forma reciente entre *bastante* y *mucho* miedo o tensión, no existiendo tampoco en este caso diferencias significativas entre ambos grupos de mujeres ($\chi^2 = 3,130$; $p = 0,372$).

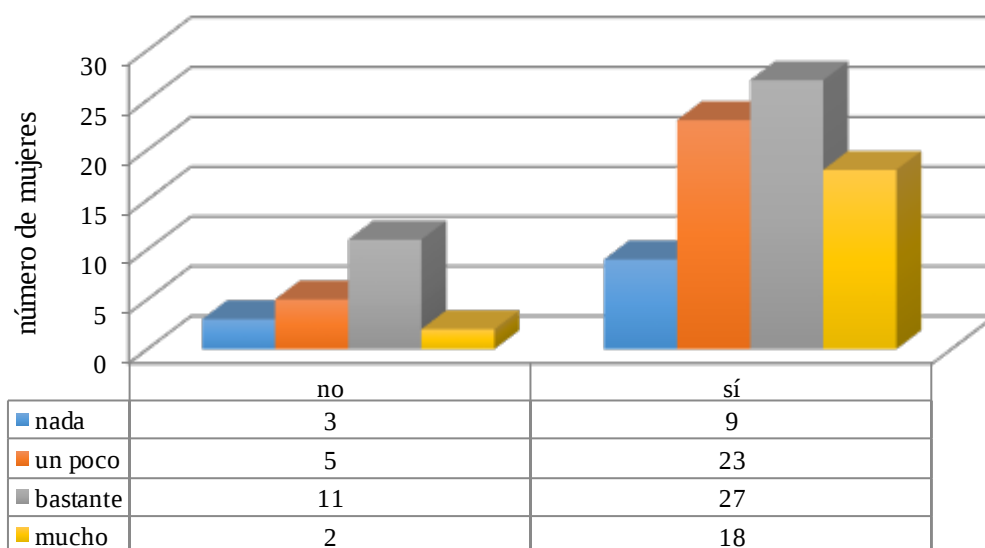


Figura 15. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿Últimamente ha tenido miedo, se ha encontrado tensa, nerviosa o preocupada?* agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

Asimismo, en el caso del tiempo transcurrido desde que se diagnostica la enfermedad, en la figura 16 se puede observar que, incluso en aquellos casos en los que ha transcurrido un periodo de tiempo importante entre el momento del diagnóstico y el de realizar la encuesta, la mujer no siempre es capaz de abandonar los sentimientos de miedo o nerviosismo. Así, se puede ver que las mujeres con más de cuatro años desde el diagnóstico responden en su mayoría que han tenido recientemente *bastante* (35,0%) e incluso *mucho* miedo o nervios (22,5%). El estudio estadístico tampoco reveló diferencias significativas en este caso ($\chi^2 = 3,381$; $p = 0,947$).

Al relacionar esta misma pregunta con el pronóstico del cáncer de mama que las propias mujeres hacían (figura 17), se puede ver que incluso con un buen pronóstico, siguen sintiendo *bastante* miedo, y es sobre todo con los pronósticos *malo* o *sin determinar* en los que tienden a predominar las respuestas *bastante* y *mucho*, no existiendo diferencias significativas entre los grupos considerados ($\chi^2 = 5,340$; $p = 0,501$).

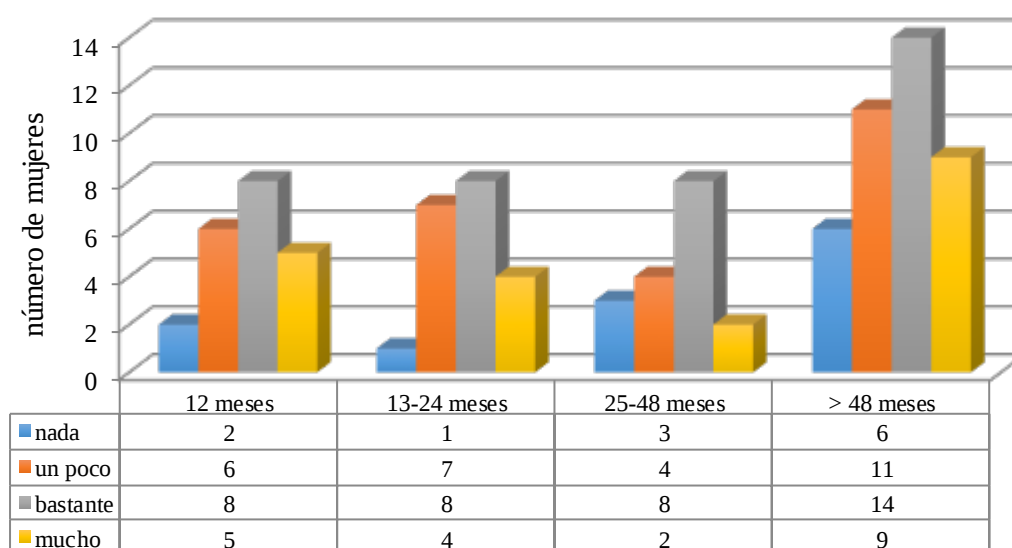


Figura 16. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿Últimamente ha tenido miedo, se ha encontrado tensa, nerviosa o preocupada?* agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor.

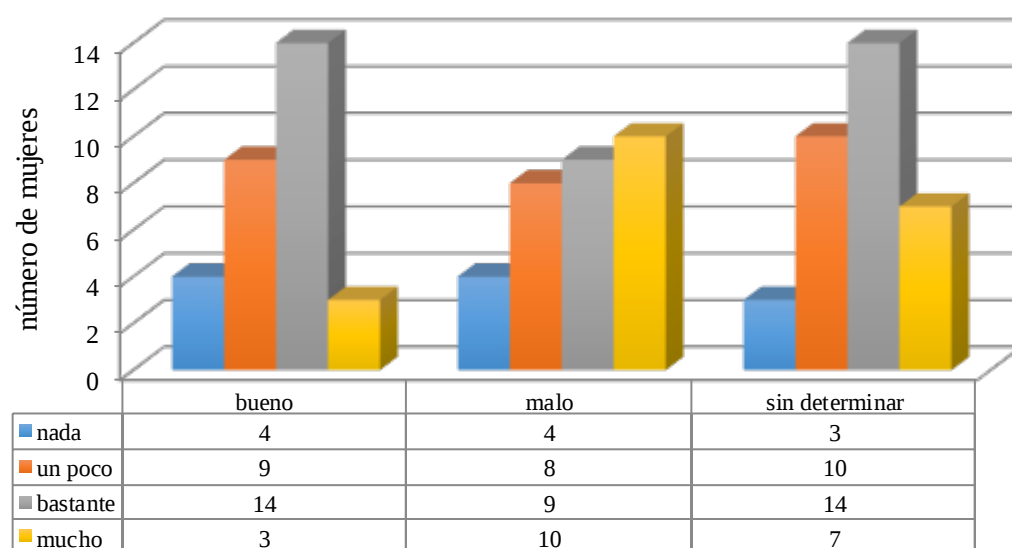


Figura 17. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿últimamente ha tenido miedo, se ha encontrado tensa, nerviosa o preocupada?* agrupadas en función del pronóstico de la enfermedad.

Por otro lado, en la figura 18 se muestra la distribución de las respuestas a la misma pregunta pero en relación al tiempo que transcurre entre sus revisiones. A este respecto, debe señalarse que, en todos los periodos de tiempo la mayor parte de las mujeres han presentado *bastante* estos sentimientos, haciéndose más palpable en los periodos de revisión más cortos (tres y seis meses). Así, aproximadamente la mitad de las mujeres que siguen revisiones cada medio año seleccionan la respuesta *bastante*, aunque tampoco en este caso se detectaron diferencias significativas ($\chi^2 = 7,118$; $p = 0,625$).

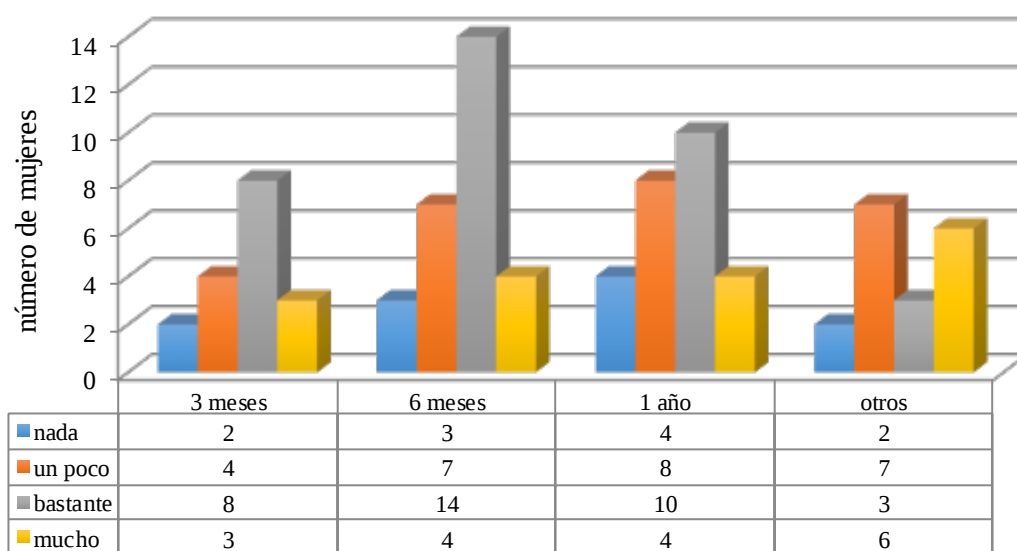


Figura 18. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿últimamente ha tenido miedo, se ha encontrado tensa, nerviosa o preocupada?* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes.

Sin embargo, cuando de la sensación de miedo se pasa a las de tristeza y depresión (figura 19), sentimientos objeto de la segunda pregunta de la encuesta, cambia también el sentido de las respuestas, pues la mayor parte de ellas se habían encontrado *un poco* (37,8%) o *nada* (20,4%) tristes o deprimidas, mientras que el 23,5% se sentía *muy* triste/deprimida, y un 18,4% *bastante*.

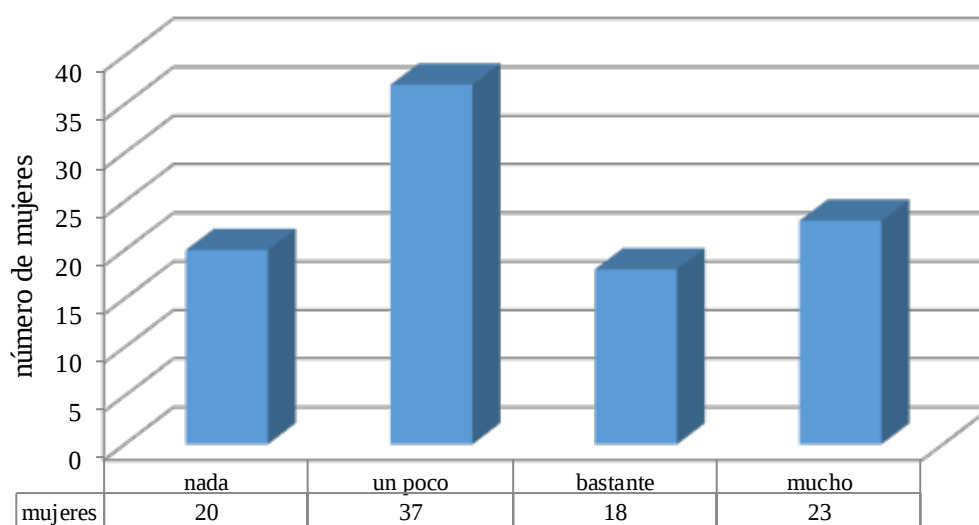


Figura 19. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿últimamente se ha encontrado triste, deprimida o ha perdido interés por las cosas?*

En la figura 20 se representan las respuestas indicadas a la tercera pregunta, en la que se les planteaba si les entraban ganas de llorar cuando las cosas iban mal. En este caso, casi el 60% de ellas sí tiene ganas de llorar (un 45,9% *bastante* y un 12,2% *mucho*), un 35,7% *un poco* y tan sólo el 6,1% respondieron negativamente, lo que probablemente tenga relación con que su enfermedad provoque una mayor sensibilidad en ellas a la hora de enfrentarse a una situación negativa.

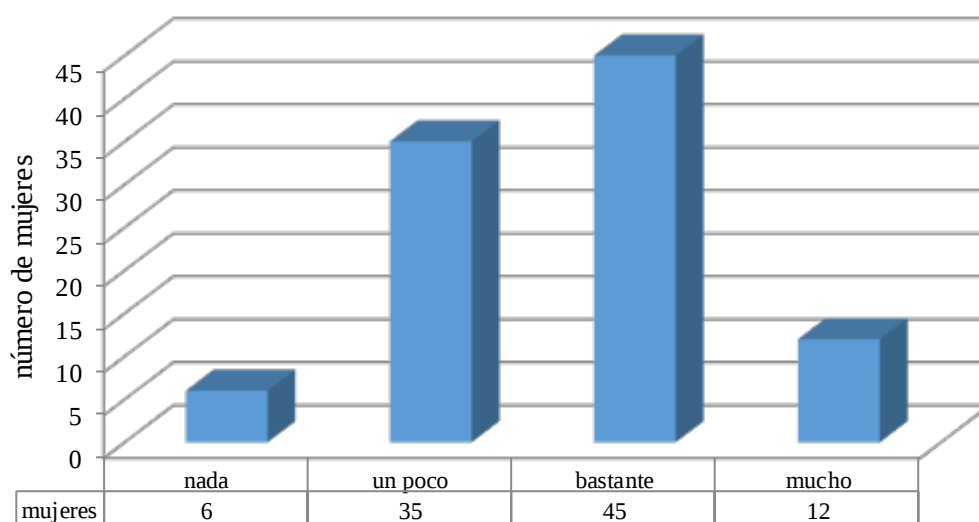


Figura 20. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Cuando las cosas van mal ¿le entran ganas de llorar?*

Al relacionar esta tercera pregunta de la encuesta con la edad de las pacientes (figura 21) se comprueba que en todos los grupos de edad predominan las respuestas intermedias *bastante* o *un poco*, no pudiéndose encuadrar en un grupo determinado de forma mayoritaria estos sentimientos ($\chi^2 = 10,798$; $p = 0,095$).

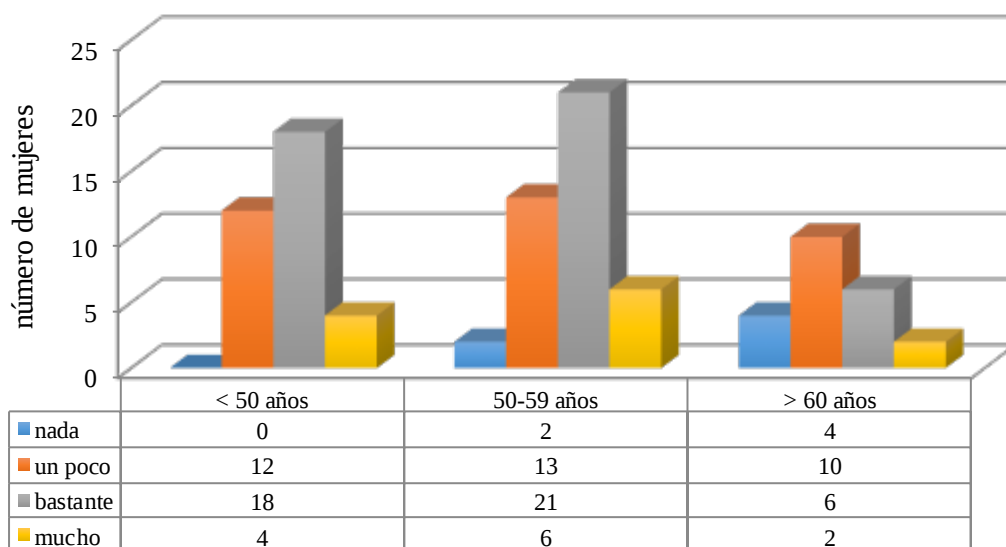


Figura 21. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Cuando las cosas van mal ¿le entran ganas de llorar?* agrupadas en función de la edad de las pacientes.

En cuanto al estado civil, en la figura 22 se puede comprobar que su situación personal sí tiende a influir en el modo de enfrentarse a los problemas: aquellas mujeres que están casadas o viven en pareja seleccionan de forma mayoritaria la respuesta *bastante* (57,1% de ellas), mientras que entre las solteras predomina la respuesta *un poco* (72,7%), aunque este último grupo es mucho menor. El estudio estadístico realizado indicó que existían diferencias significativas en relación a esta mayor sensibilidad cuando la variable a considerar era el estado civil ($\chi^2 = 10,508$; $p = 0,030$).

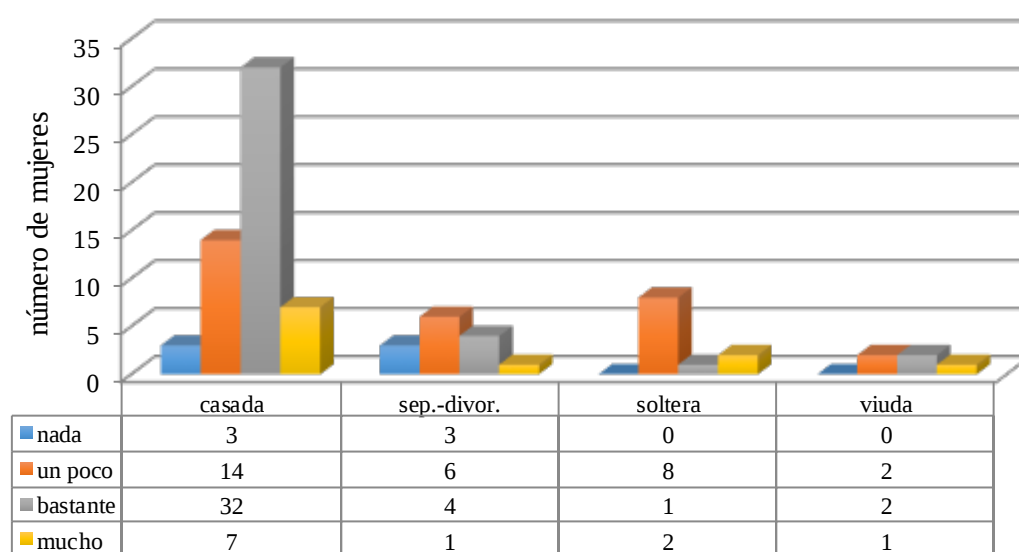


Figura 22. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Cuando las cosas van mal ¿le entran ganas de llorar?* agrupadas en función del estado civil de las pacientes.

Asimismo, en la figura 23 se evidencia que la sensación de pena es significativamente mayor en las mujeres que tienen hijos, al elegir como respuestas *bastante* o *mucho* un 63,6% de estas. Entre aquellas que no los tienen el 61,9% respondió que tienen pocas ganas de llorar cuando las cosas no van bien ($\chi^2 = 8,914$; $p = 0,030$).

Por lo que respecta a la influencia del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del cáncer de mama en esta pregunta, en la figura 24 se puede comprobar que el mayor tiempo de diagnóstico no hace aminorar los sentimientos negativos en las pacientes, siendo *bastante* la respuesta predominante o una de las mayoritarias en casi todos los grupos. No se detectaron en este caso diferencias significativas entre los diferentes periodos de tiempo transcurridos desde el diagnóstico ($\chi^2 = 8,242$; $p = 0,510$).

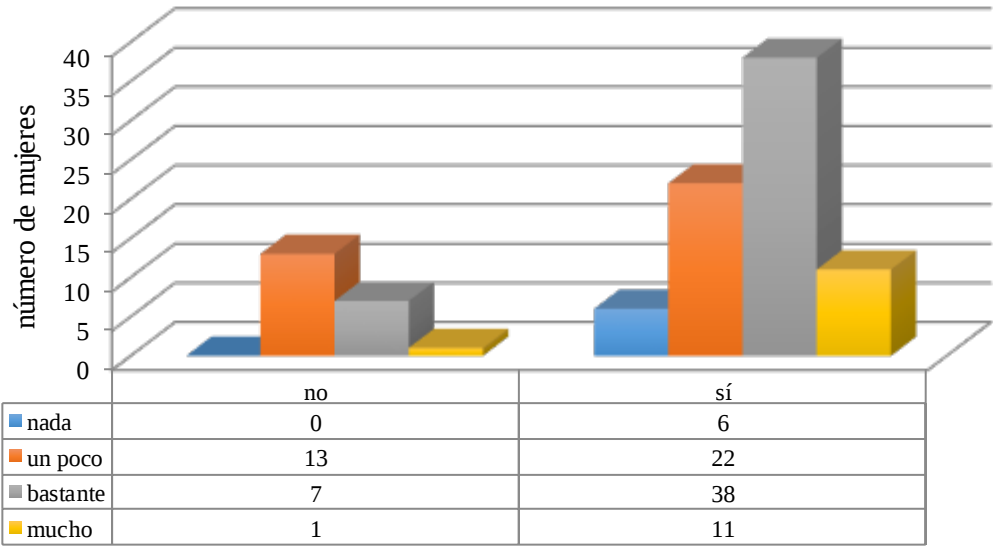


Figura 23. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Cuando las cosas van mal ¿le entran ganas de llorar?* agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

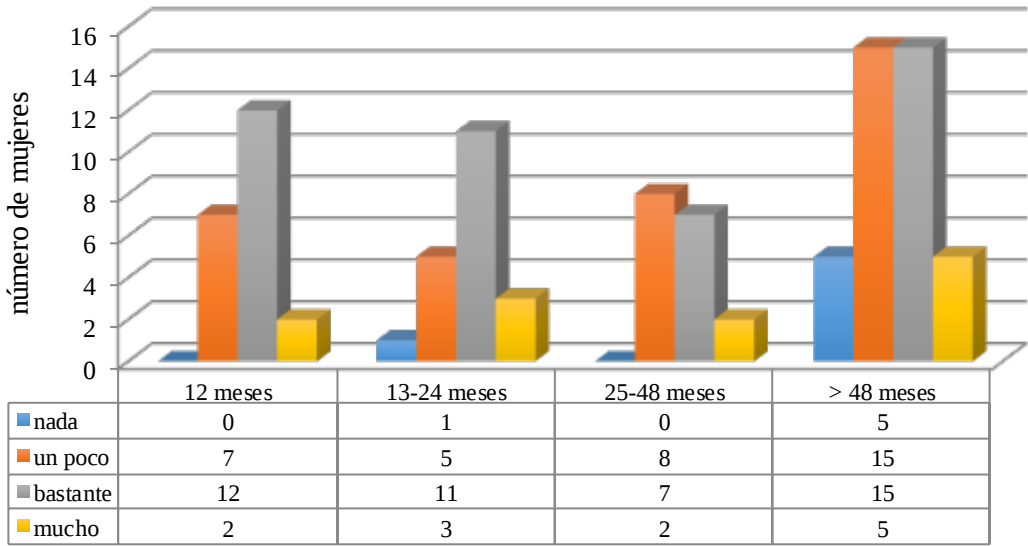


Figura 24. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Cuando las cosas van mal ¿le entran ganas de llorar?* agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor.

Cuando lo que se ha considerado es el pronóstico de su enfermedad indicado por las propias pacientes (figura 25), aunque no se han detectado diferencias significativas ($\chi^2 = 6,875$; $p = 0,333$), el peso de las respuestas más negativas (*mucho* o *bastante*) es ligeramente superior en los pronósticos malo o sin determinar.

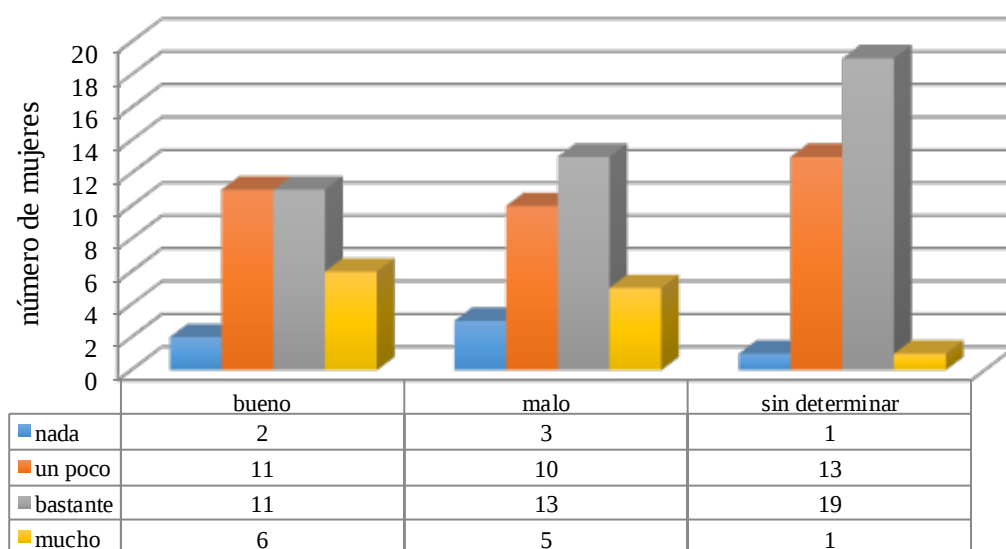


Figura 25. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Cuando las cosas van mal ¿le entran ganas de llorar?* agrupadas en función del pronóstico del tumor.

En cuanto al tiempo que transcurre entre las revisiones (figura 26), de nuevo la mayor parte de las mujeres refieren tener *bastantes* ganas de llorar cuando las cosas no van bien, que es la respuesta predominante en casi todos los grupos, aunque se iguala prácticamente con la respuesta *un poco* en las mujeres que se someten a revisión cada 3 meses o 1 año. Debe destacarse el hecho de que aquellas mujeres cuyas revisiones se realizan cada 6 meses presentan más sentimientos negativos (el 53,6% de ellas presenta bastantes ganas de llorar) que otros grupos, si bien las diferencias no son significativas ($\chi^2 = 7,788$; $p = 0,556$).

Con respecto a la sensación de soledad, objeto de la cuarta pregunta de la encuesta, en la figura 27 se puede ver que, de forma mayoritaria, las pacientes no se sienten solas: casi la mitad (49,0%) responden negativamente; un 28,6% *un poco*; un 19,4% se sienten *bastante* solas y únicamente un 3,1% se sienten *muy* solas incluso en compañía.

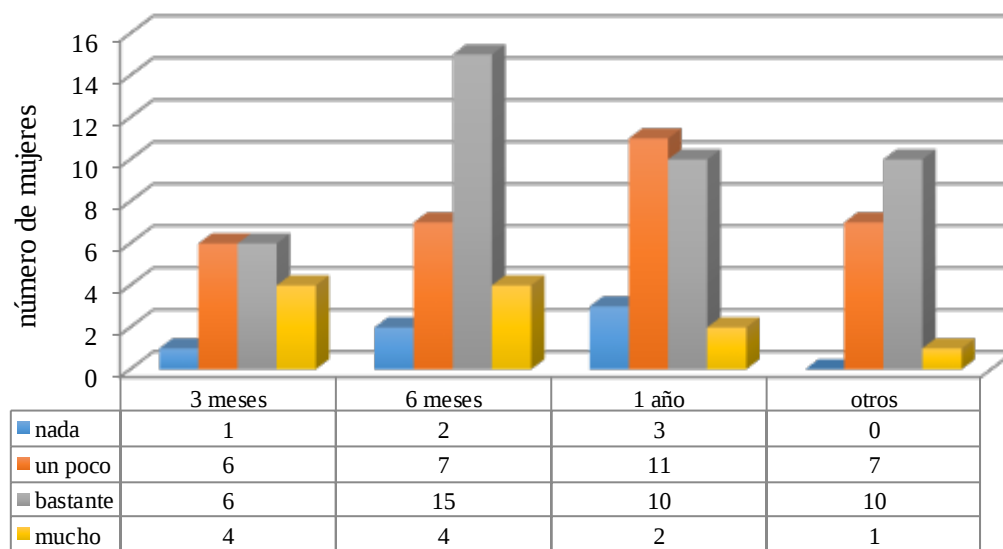


Figura 26. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Cuando las cosas van mal ¿le entran ganas de llorar?* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes.

En cuanto a la influencia de la edad de las pacientes en esta pregunta (figura 28), tienden a tener una mayor sensación de soledad las menores de 50 años, para las que se encuentran bastante igualadas las respuestas *nada* (35,3%), *un poco* (29,4%) y *bastante* (32,4%). A partir de los 50 años las mujeres afirman mayoritariamente no sentirse *nada* solas: 52,4% en el grupo de edad de 50-59 años y 63,6% en las mayores de 60 años, no existiendo tampoco aquí diferencias significativas ($\chi^2 = 7,657$; $p = 0,264$).

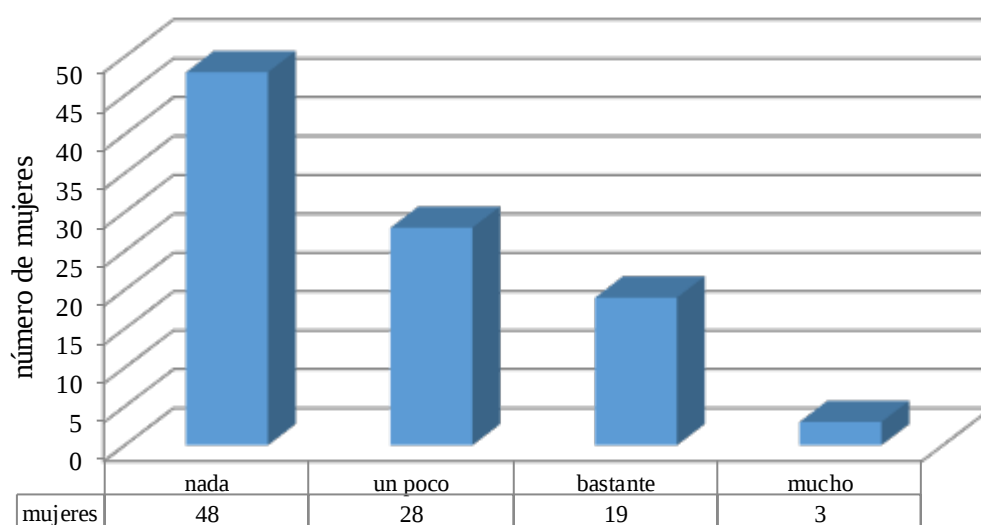


Figura 27. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Incluso cuando estoy con gente, me siento sola la mayor parte del tiempo*.

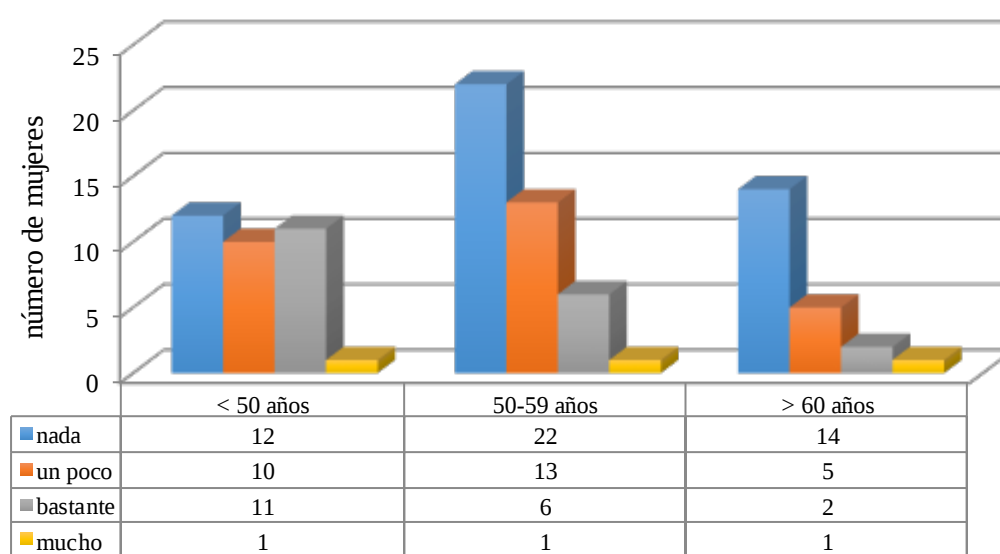


Figura 28. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Incluso cuando estoy con gente, me siento sola la mayor parte del tiempo* agrupadas en función de la edad de las pacientes.

Por su parte, la figura 29 recoge la distribución de las respuestas de las mujeres a esta misma pregunta en relación a su estado civil. En ella se puede comprobar que tanto las mujeres casadas (42,9%) como las separadas (71,4%) o solteras (72,7%) no se sienten en su mayoría nada solas. Únicamente entre las mujeres viudas son mayoritarias aquellas que sienten *un poco* de soledad (60,0%), pero este grupo es comparativamente mucho menor. El estudio estadístico realizado no detectó diferencias significativas en función de esta variable ($\chi^2 = 11,518$; $p = 0,241$).

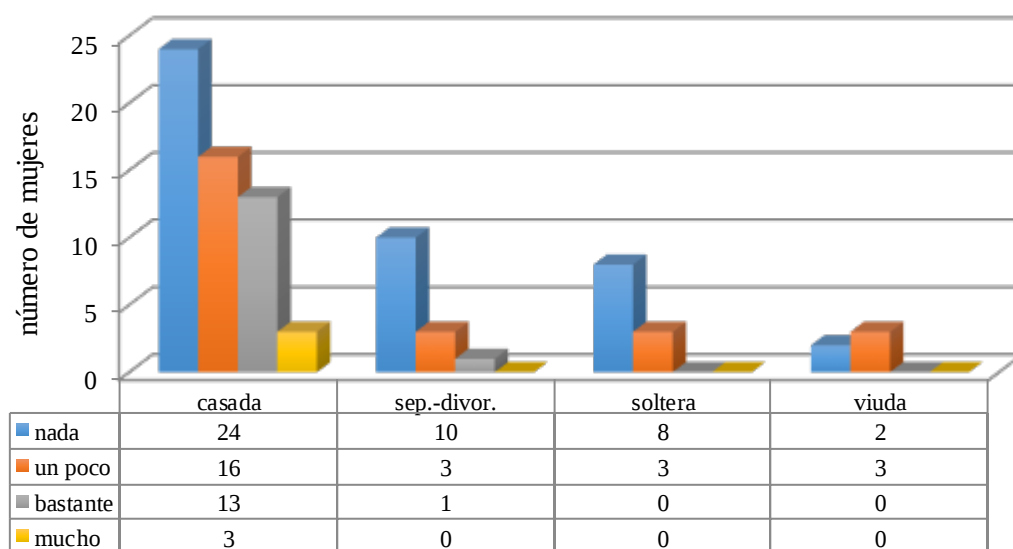


Figura 29. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Incluso cuando estoy con gente, me siento sola la mayor parte del tiempo* agrupadas en función del estado civil de las pacientes.

Por lo que respecta a la influencia de la existencia o no de hijos en las respuestas proporcionadas a esta pregunta (figura 30), tanto teniendo hijos (48,1%) como en ausencia de los mismos (52,4%), continúa siendo mayoritario el número de mujeres que no tienen esa sensación de soledad ($\chi^2 = 1,452$; $p = 0,693$).

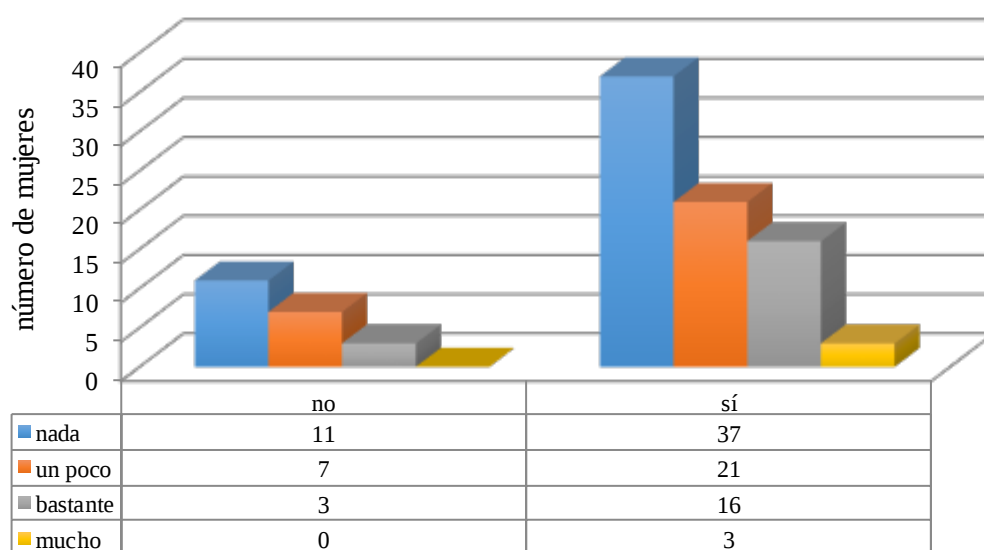


Figura 30. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Incluso cuando estoy con gente, me siento sola la mayor parte del tiempo* agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

Cuando la variable considerada es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de su enfermedad (figura 31), de nuevo en todos los intervalos de tiempo es mayoritario el número de mujeres que no se sienten solas. Aproximadamente un tercio de las mujeres se sienten *un poco* solas en todos los grupos considerados, no existiendo diferencias significativas entre las respuestas indicadas por las mujeres en función de este tiempo ($\chi^2 = 5,527$; $p = 0,786$).

En la figura 32 se repite la tendencia descrita anteriormente, siendo mayoritario el número de mujeres en las tres posibilidades de pronóstico que no se sienten *nada* solas, aunque en los pronósticos *malo* y *sin determinar*, aumenta el número de mujeres con *bastante* sensación de soledad (22,6 y 23,5%, respectivamente). Tampoco aquí se detectaron diferencias significativas ($\chi^2 = 7,786$; $p = 0,254$).

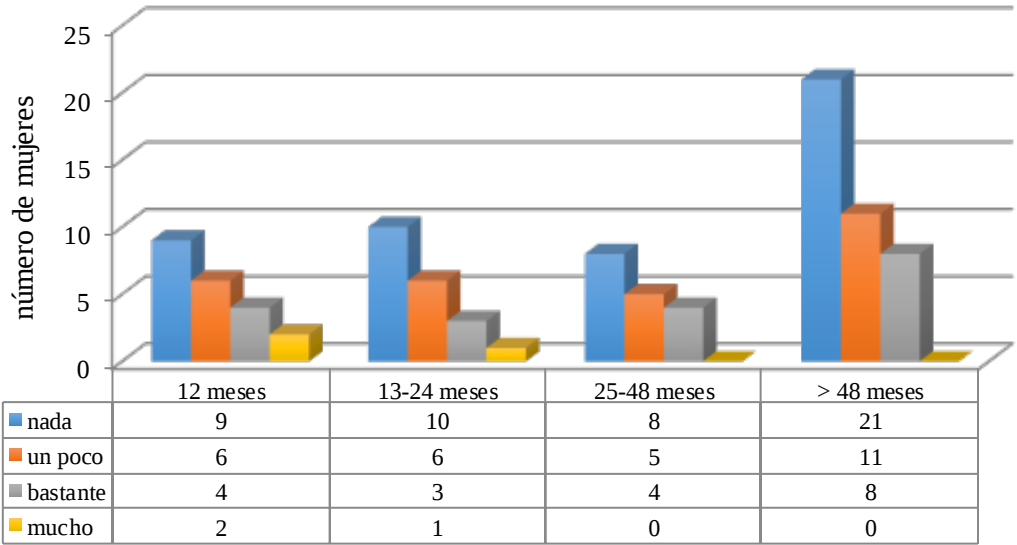


Figura 31. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Incluso cuando estoy con gente, me siento sola la mayor parte del tiempo* agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor.

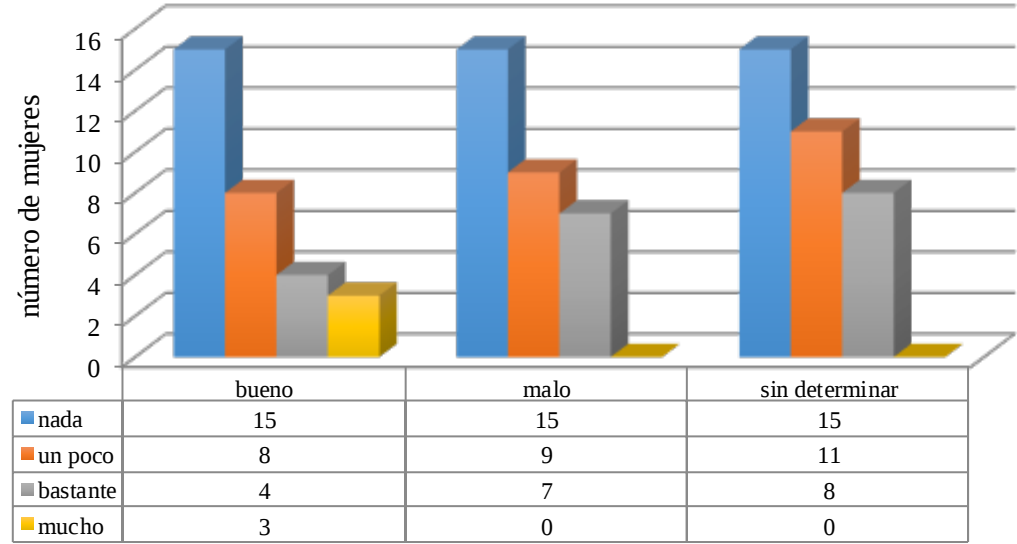


Figura 32. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Incluso cuando estoy con gente, me siento sola la mayor parte del tiempo* agrupadas en función del pronóstico del tumor.

Cuando lo que se ha tenido en cuenta es el periodo de revisión de la enfermedad (figura 33), la respuesta mayoritaria en todos los periodos de tiempo considerados es *nada*, si bien el peso de esta respuesta es mayor cuando las mujeres siguen periodos de revisión de 6 meses (53,6%), anual (53,8%) o cuando hay otros periodos de revisión (50,0%). Las respuestas están, sin embargo, mucho más repartidas cuando las revisiones se realizan cada 3 meses, lo que probablemente tenga que ver con la inestabilidad emocional provocada por la cercanía en el tiempo de nuevas pruebas, repetición de tratamientos y, como consecuencia, recuperación de los mismos, no existiendo tampoco diferencias significativas en función de esta variable ($\chi^2 = 13,717$; $p = 0,133$).

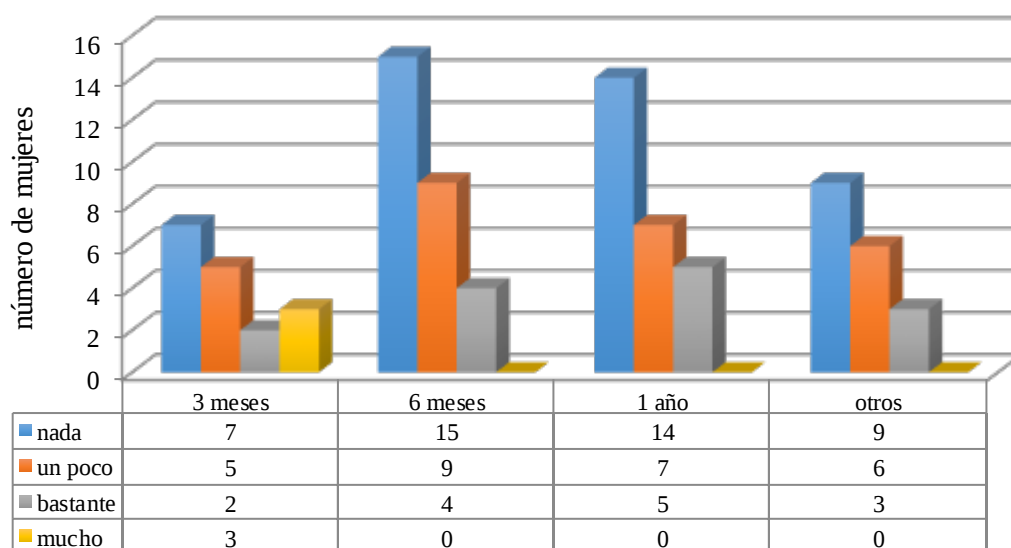


Figura 33. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Incluso cuando estoy con gente, me siento sola la mayor parte del tiempo* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes.

Sin embargo, y aunque las mujeres manifiestan no tener sensación de soledad incluso cuando están acompañadas, no se sienten muy tristes si no pudieran ver a m. En la figura 34 se puede ver que las respuestas no van en el mismo sentido, pues más de la mitad de ellas se sentiría *un poco* desdichada (54,1%), un 35,7% no se sentiría *nada* desdichada, y sólo un 5,1% sí que se sentiría *bastante* o *muy* desdichada respectivamente.

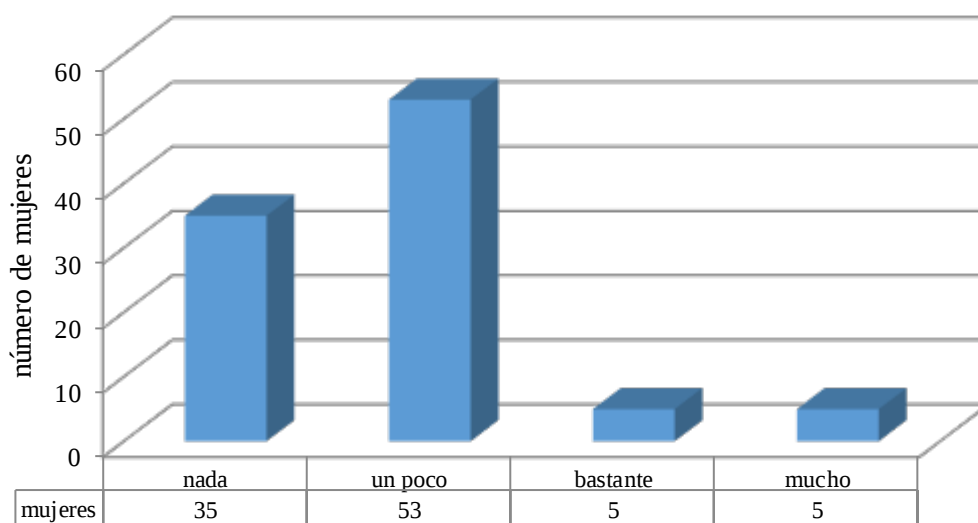


Figura 34. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Me sentiría desdichada si no pudiera ver a mucha gente.*

Al preguntarles sobre la importancia de tener una vida cómoda, la mayoría de las pacientes considera que tiene *mucha* (64,3%) o *bastante* importancia (24,5%), siendo minoritarias las mujeres que piensan que es *poco* (5,1%) o *nada* importante (6,1%) (figura 35). Queda pues patente como para estas mujeres es prioritario recuperar su estatus en cuando a calidad de vida se refiere. La enfermedad ha venido a amenazar su bienestar y autodeterminación, y las rutinas que mantenían en su vida diaria ahora cobran una relevancia que probablemente antes no tuvieran.

Llama la atención que casi la totalidad de las mujeres menores de 50 años considera muy importante tener una vida cómoda (94,1%) (figura 36). En el caso de las mujeres con más de 50 años, también le conceden importancia a este parámetro pero no tanta como el grupo más joven. Así, para las mujeres cuya franja de edad se sitúa entre los 50-59 años, la mayor parte de ellas le dan *mucha* (45,2%), o *bastante* importancia (40,5%), predominando también entre las mayores de 60 años la respuesta *mucho* (50,0%). El análisis estadístico realizado sí detectó diferencias significativas entre los tres grupos de edad considerados ($\chi^2 = 26,594$; $p = 0,000$).

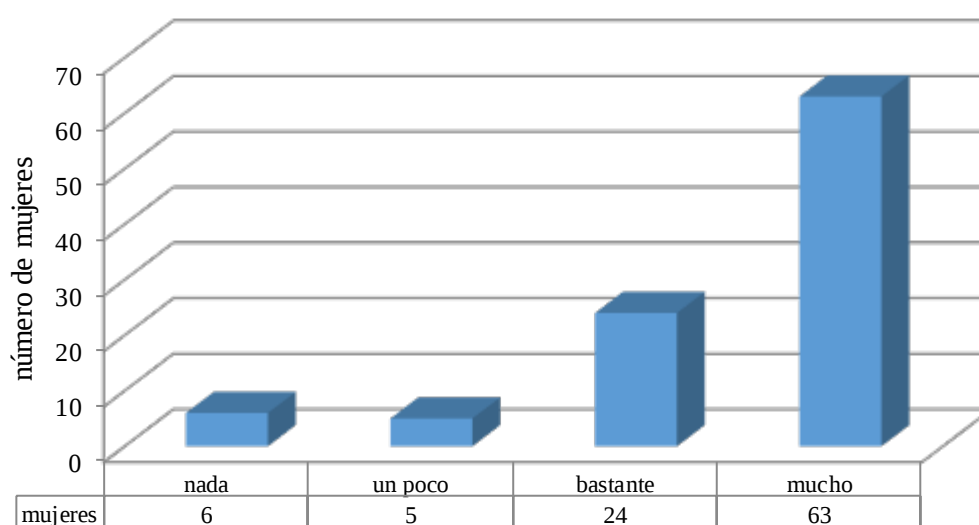


Figura 35. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Creo que es importante tener una vida cómoda*.

Cuando en esta pregunta la variable que se tiene en cuenta es el estado civil de las pacientes (figura 37), la respuesta mayoritaria en todos los grupos considerados sigue siendo *mucho*, aunque es en el grupo de las mujeres casadas o que viven en pareja en el que se le da más importancia (67,9% entre las mujeres casadas; 64,3% entre las separadas/divorciadas; 63,6% entre las solteras y 60,0% entre las viudas) ($\chi^2 = 24,492$; $p = 0,004$). Esto se puede deber a que estas mujeres atribuyen, en general, a su vida en pareja una parte importante de su estabilidad y bienestar, mientras que las mujeres sin pareja son más autosuficientes en este sentido.

Por otro lado, es interesante cómo las mujeres con hijos (figura 38) consideran muy importante tener una vida cómoda (64,9%) mientras que en las mujeres sin hijos las respuestas están polarizadas entre ambos extremos, pues o la consideran *muy* importante (61,9%) o no la consideran *nada* importante (28,6%) ($\chi^2 = 26,277$; $p = 0,000$).

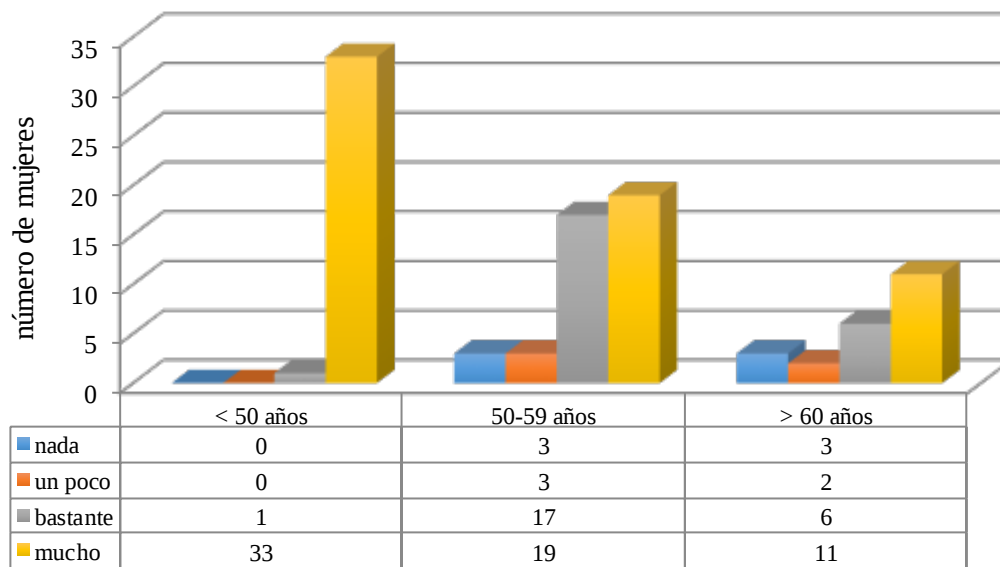


Figura 36. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Creo que es importante tener una vida cómoda* agrupadas en función de la edad de las pacientes.

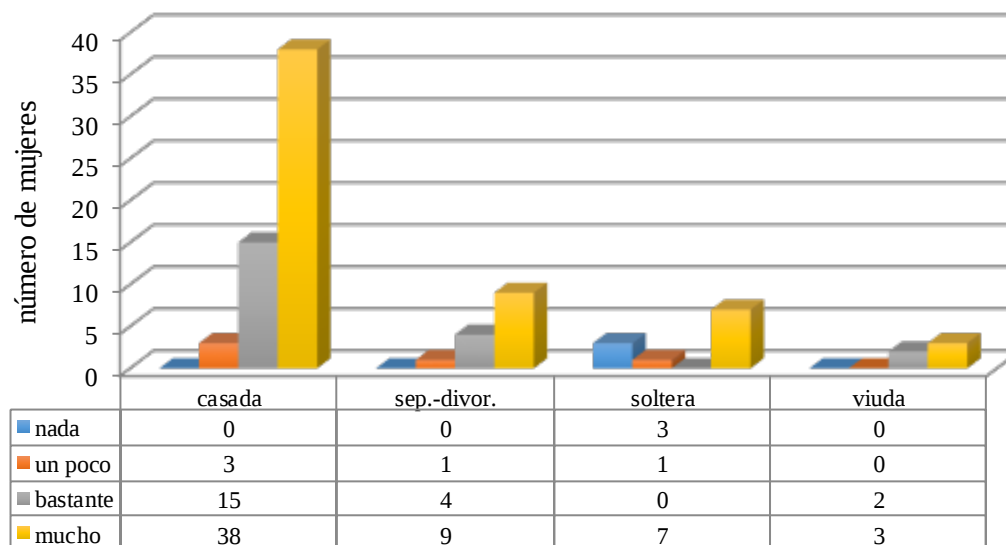


Figura 37. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Creo que es importante tener una vida cómoda* agrupadas en función del estado civil de las pacientes.

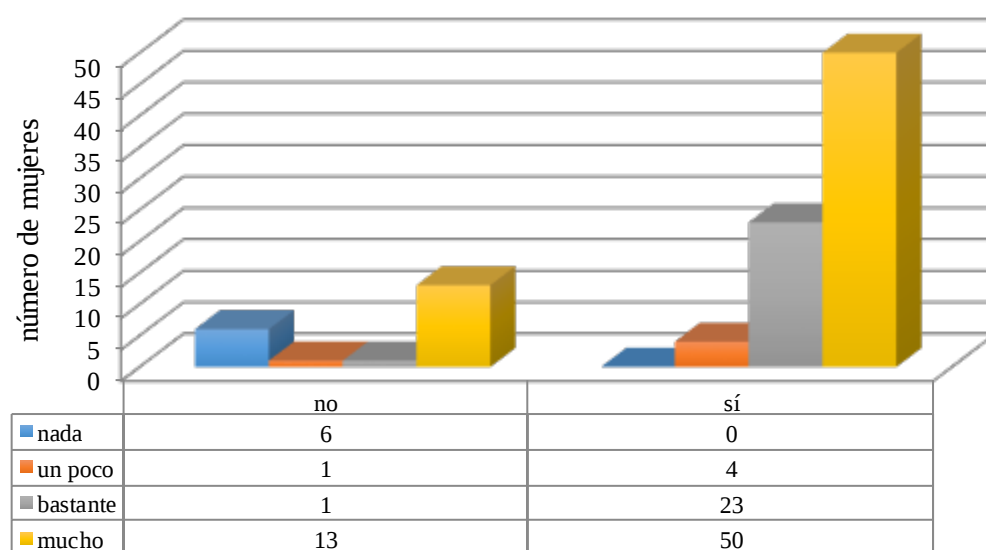


Figura 38. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Creo que es importante tener una vida cómoda* agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

Cuando lo que se tiene en cuenta es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad (figura 39), se puede ver que en todos los grupos considerados predominan las mujeres que creen *muy importante* tener una vida cómoda, si bien en las mujeres con más de 48 meses desde el diagnóstico se relativiza algo más la importancia de tener una vida cómoda: un 20,0% de ellas lo consideran *poco* o *nada* importante ($\chi^2 = 7,476$; $p = 0,588$).

En relación al pronóstico de su proceso, en la figura 40 se puede observar que tener una vida cómoda es una necesidad básica, independientemente de cuál sea dicho pronóstico. En aquellas mujeres cuyo pronóstico era *bueno*, el 53,3% considera *muy importante* tener una vida cómoda, mientras que en aquellas que indicaron un *mal* pronóstico para su enfermedad es un 71,0% las que lo consideran *muy importante*, valor muy cercano al obtenido para aquellas que no fueron capaces de determinar su pronóstico (70,6%). El estudio estadístico realizado no reveló diferencias significativas entre los grupos considerados ($\chi^2 = 6,774$; $p = 0,342$).

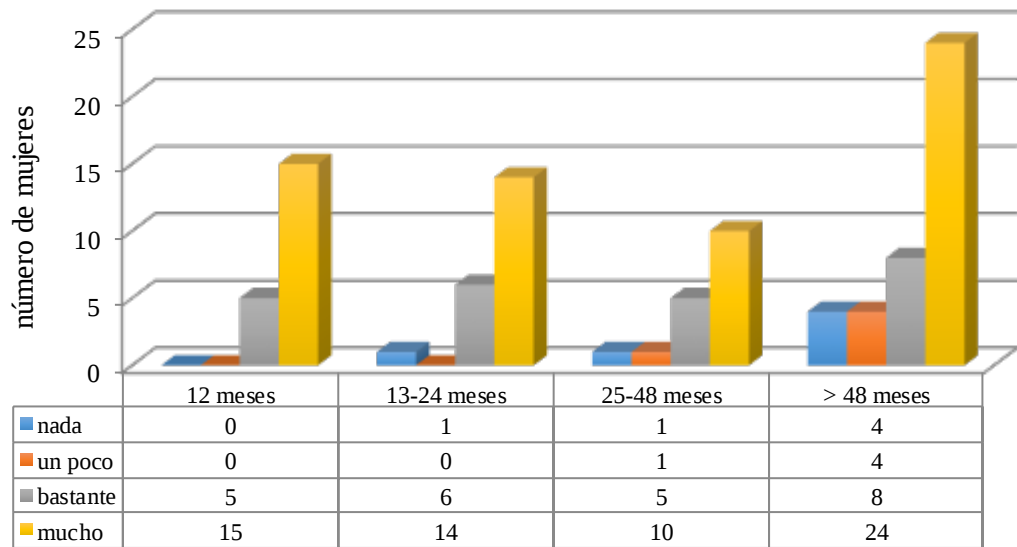


Figura 39. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Creo que es importante tener una vida cómoda* agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor.

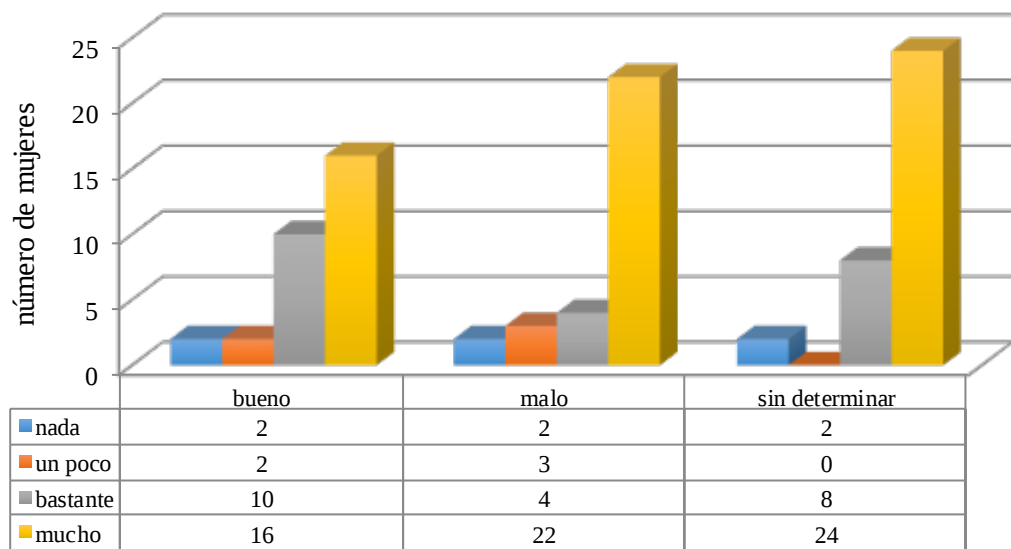


Figura 40. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Creo que es importante tener una vida cómoda* agrupadas en función del pronóstico del tumor.

Si la variable que se tiene en cuenta es el periodo de revisión del tumor, en la figura 41 se puede comprobar que las respuestas tienden a ser similares, pues independientemente de que este periodo sea más o menos largo, le dan mucha importancia a tener una vida cómoda, no existiendo tampoco en este caso diferencias significativas ($\chi^2 = 6,501$; $p = 0,689$).

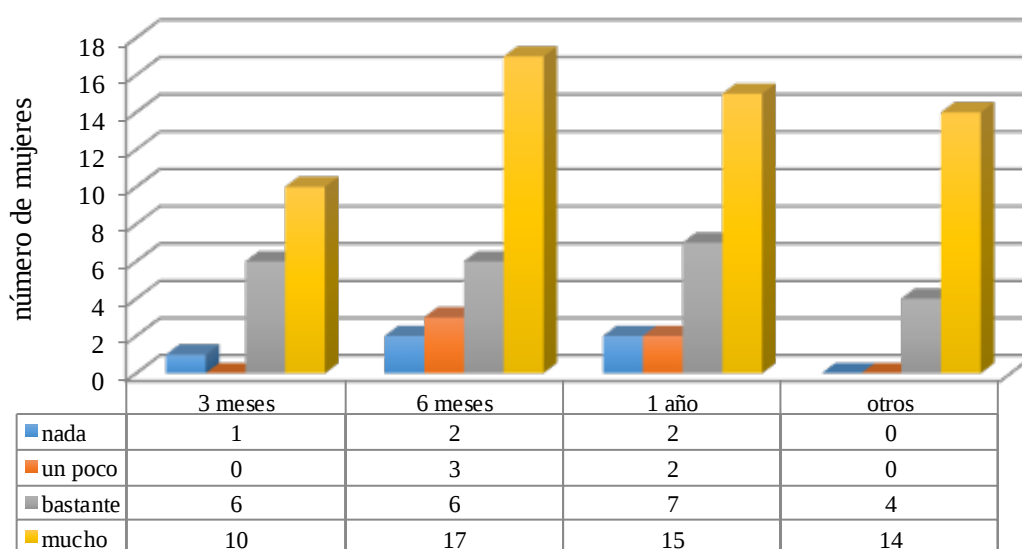


Figura 41. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Creo que es importante tener una vida cómoda* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes.

Por otro lado, cuando se les preguntó acerca de si se sienten inquietas, sin saber muy bien qué es lo que desean, las respuestas apuntan a que buena parte de las mujeres que participaron en el estudio, bien de forma habitual bien de forma esporádica, sí que han tenido esta sensación. Como se puede comprobar en la figura 42, un 25,5% no se han sentido *nada* inquietas; un porcentaje bastante similar (26,5%) se han sentido *un poco* inquietas; un 39,8% sienten *bastante* inquietud, y un 8,2% se han sentido *muy* inquietas.

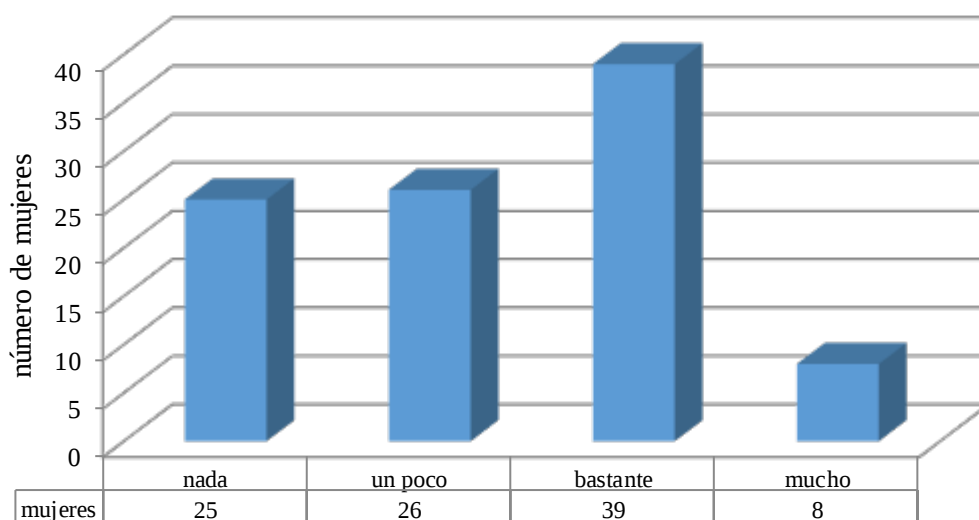


Figura 42. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Me siento inquieta, como si deseara alguna cosa sin saber cuál*.

De forma similar, al incidir en la importancia que ponen en todo aquello que hacen, las respuestas se reparten sobre todo entre tres de las cuatro posibilidades, pues el 31,6% no le dan mayor importancia a aquello que realizan; el 26,5% le dan *un poco*; el 32,7% le dan *bastante* importancia, y tan solo un 9,2% le dan *mucho* importancia (figura 43).

Asimismo, al interpelarlas acerca de las posibles oportunidades desaprovechadas en el pasado, la mayor parte de ellas se lamentan de no haberlas aprovechado a tiempo. Como se recoge en la figura 44, solamente el 14,3% no se lamentan de esas oportunidades perdidas, haciéndolo *un poco* el 25,5%; *bastante* el 30,6% de las mujeres encuestas y *mucho* el 29,6% de ellas. Esto viene a reforzar la idea de que en su mayoría se trata de mujeres con una autoestima reducida, que las lleva a perder oportunidades importantes en su vida por no ser capaces de enfrentarse a las posibles consecuencias que estas podrían tener.

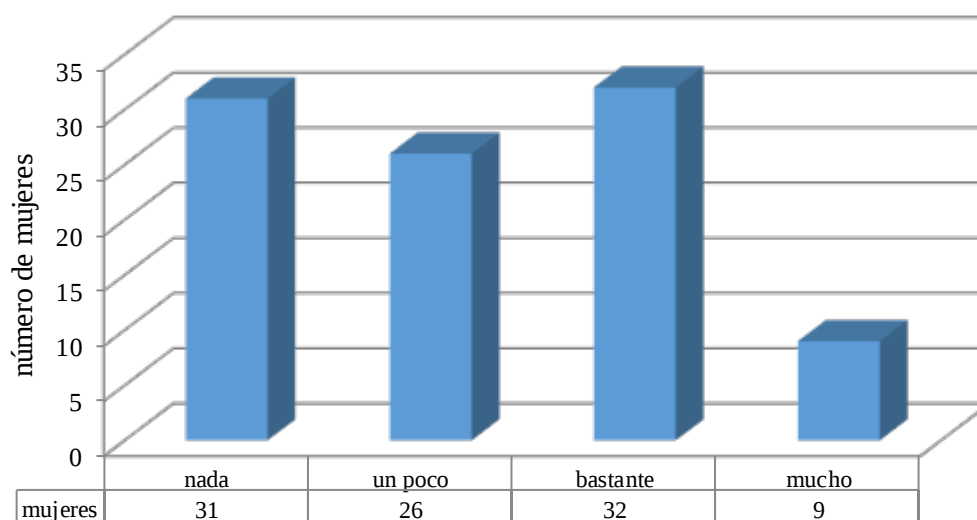


Figura 43. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Cuando tengo que hacer algo, lo hago como si estuviera en juego mi valía.*

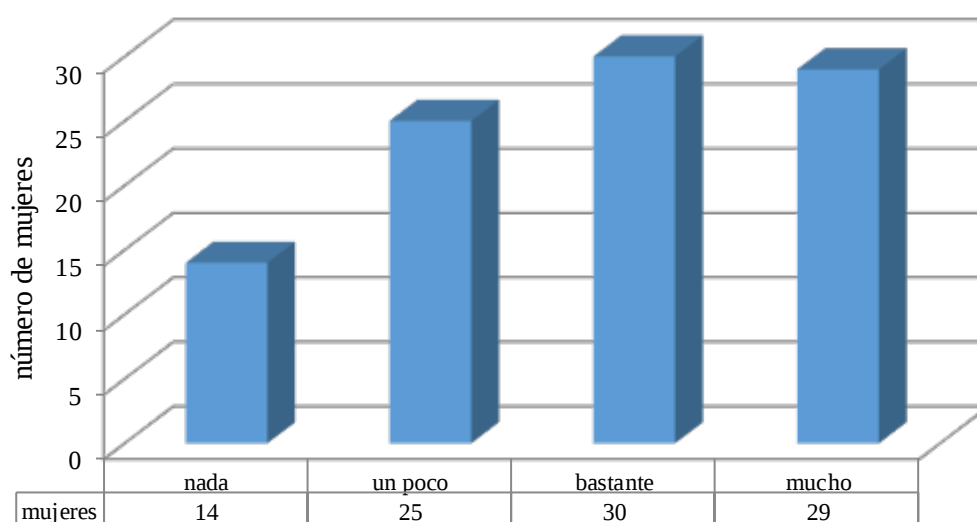


Figura 44. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He perdido o desaprovechado cosas por no haberme decidido a tiempo.*

Por otro lado, al preguntarlas por su necesidad de consejo procedente de otras personas al presentarse una situación crítica (figura 45) las respuestas se reparten casi de forma proporcional entre las cuatro posibilidades, pues el 23,7% de ellas no necesitaban el consejo de los demás; el 28,9% lo necesitaba *un poco*; el 21,6% *bastante* y el 25,8% lo necesitaban *mucho*.

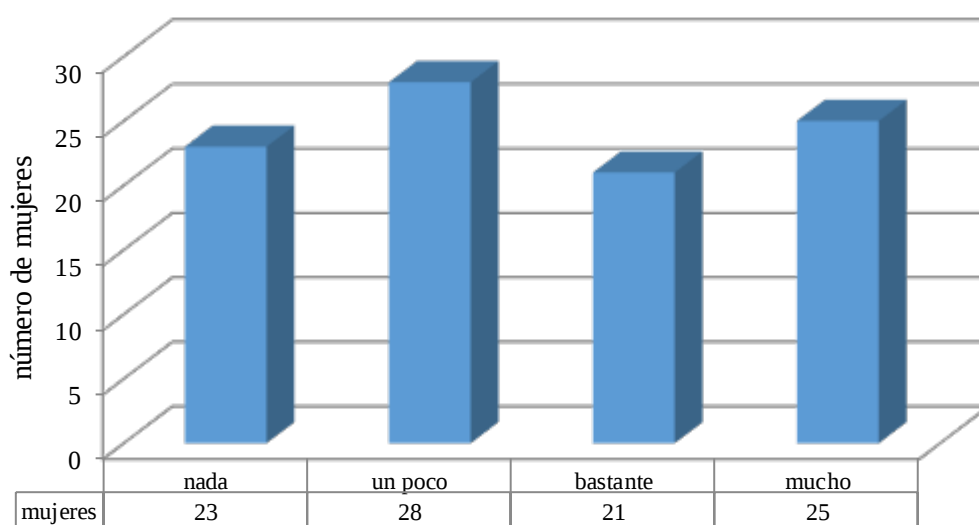


Figura 45. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En situaciones críticas, necesito el consejo de los demás*.

Por su parte, en la figura 46 se representan las respuestas proporcionadas por las mujeres a la pregunta 11 de la encuesta acerca de si les dolía que las trataran secamente: a la mitad (50,0%) les dolía *bastante*; al 24,5% les dolía *un poco*; *mucho* al 23,5%, y tan sólo al 2,0% no les afectaba *nada*.

Por lo que respecta a la expresión de sus emociones a través de la voz y la gestualización a la hora de comunicarse con los demás, la gran mayoría de las mujeres dejan entrever sus emociones de una u otra manera, ya que al 37,8% de las mujeres se le nota *bastante* su estado de ánimo a través de la voz o los gestos; al 31,6% se le nota *un poco* y al 22,4% se le nota *mucho*, mientras que no se les nota *nada* únicamente al 8,2% (figura 47), todo ello

según la percepción de las personas más allegadas que así se lo han transmitido.

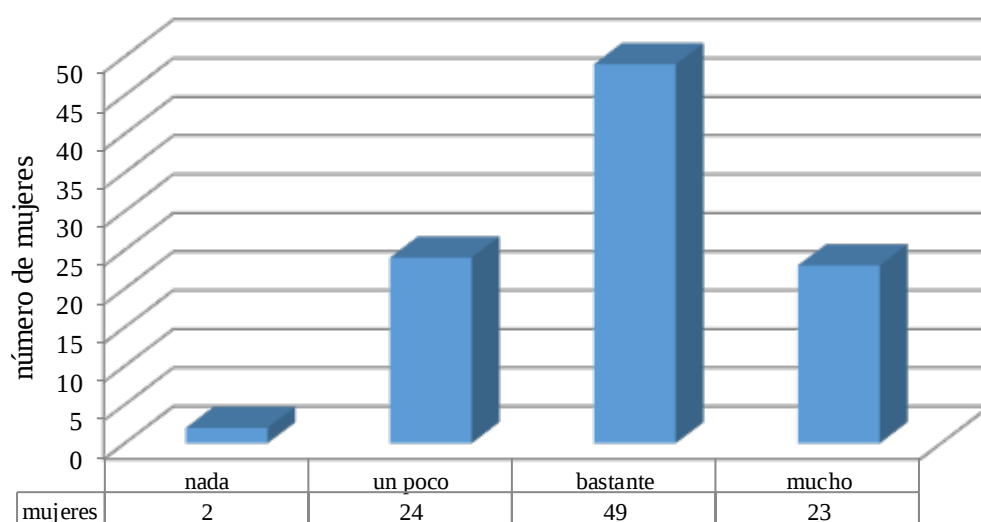


Figura 46. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Me duele mucho que me traten secamente*.

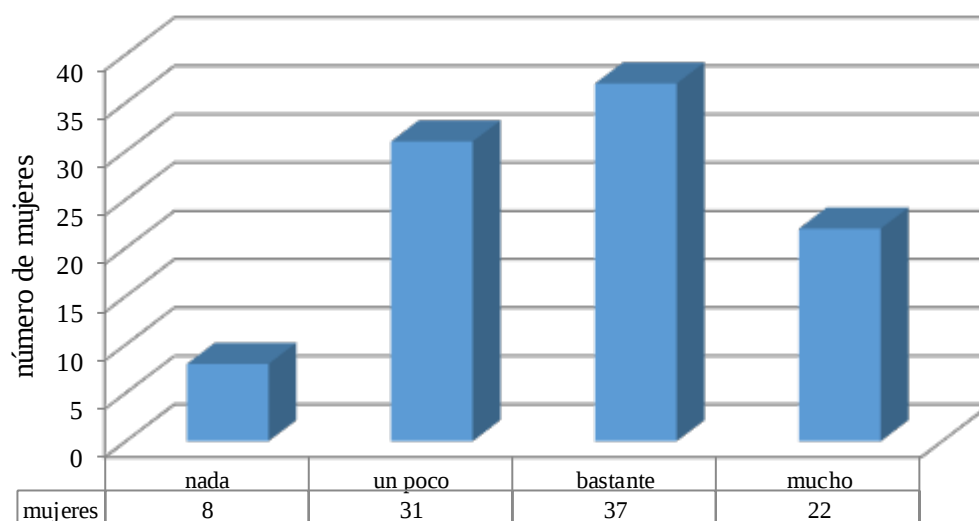


Figura 47. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *La gente me dice que se notan mis emociones en mi voz y mis gestos*.

Al preguntarlas sobre, si una vez transcurrida una determinada situación se les ocurre lo que deberían haber hecho, un 36,7% señalan que después de lo acontecido se les ocurre *un poco* y otro tanto *bastante*; al 17,3% se les ocurre *muy* a menudo, y al 9,2% no se les ocurre en ningún caso (figura 48).

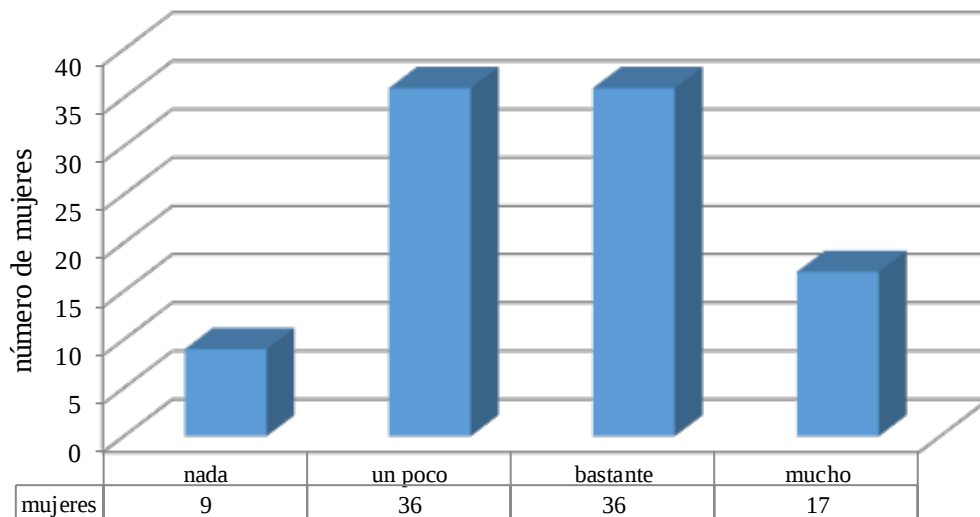


Figura 48. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Cuando ya ha pasado el momento, se me ocurre lo que debería haber hecho*.

Asimismo, a la pregunta acerca de si se disgustan con facilidad (figura 49), la mayor parte reconocen que se disgustan *bastante* (37,8%) o *mucho* (31,6%), lo que pondría de manifiesto la especial sensibilidad de estas pacientes a todo aquello que las rodea, mientras que un 20,4% se disgustan *un poco*, y un 10,2% no se disgustan *nada*.

Atendiendo a las respuestas obtenidas tanto en esta última pregunta (figura 49), como en aquella que hace alusión a que la gente trate a estas mujeres secamente (figura 46), se puede observar que en los dos casos se produce una lesión de la parte emocional de las entrevistadas, lo que probablemente se relacione de forma intrínseca con una personalidad débil forjada a lo largo de los años por distintos acontecimientos estresantes que, de alguna manera, han amenazado su identidad personal. Así, estas mujeres han buscado mecanismos compensatorios de reacción que no han permitido el desarrollo de una personalidad dominante.

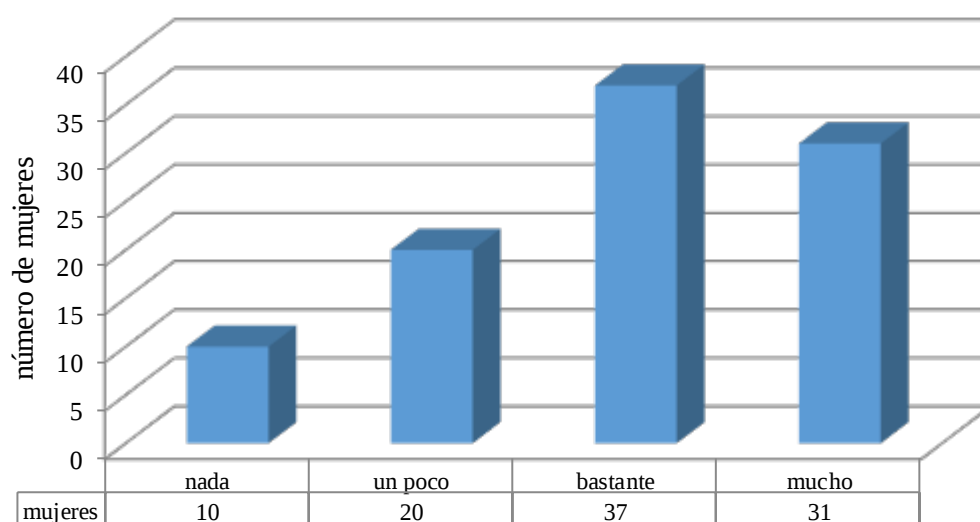


Figura 49. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Me disgusto con facilidad*.

Al preguntarles si seguían disfrutando de las cosas como antes de sufrir el proceso (figura 50), se puede comprobar que el tumor de mama ha supuesto un cambio sustancial en sus vidas, pues aproximadamente sólo una de cada cuatro mujeres siguen disfrutando de las cosas igual que antes. Un 57,1% de ellas considera que *no tanto como antes*, mientras que un 11,2% tienen sentimientos muy negativos, *no disfrutando con nada* y otro 8,2% disfruta *sólo un poco*.

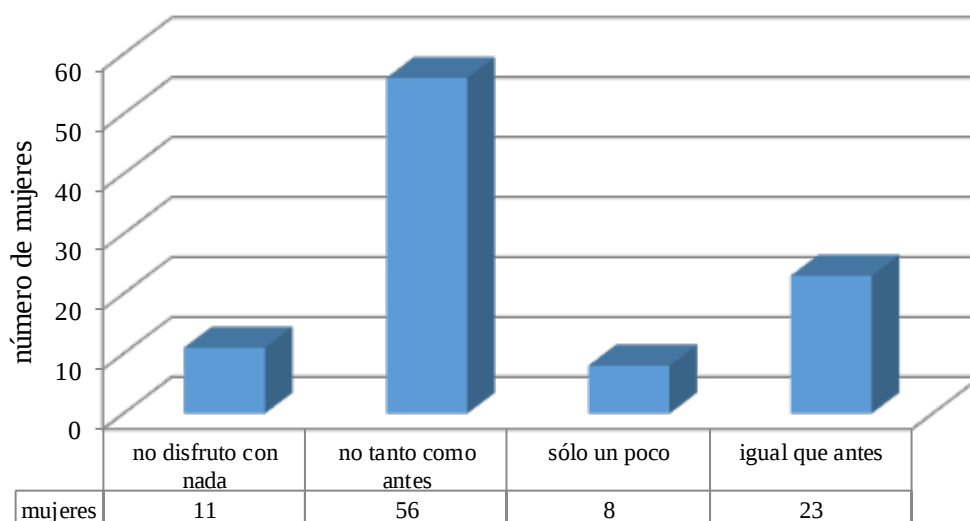


Figura 50. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿Sigues disfrutando con las mismas cosas de siempre?*

Los sentimientos negativos siguen predominando en la siguiente pregunta (figura 51), ya que al preguntarles en relación a si son capaces de permanecer sentadas y tranquilas, aproximadamente dos tercios (66,3%) indican que *nunca* o *raras veces* pueden hacerlo, un tercio (30,6%) indican que *a menudo* y tan solo un 3,1% pueden hacerlo *siempre*.

Finalmente, en la figura 52 se muestran los resultados obtenidos a la última pregunta de este bloque, con la que se quería valorar si eran capaces de disfrutar de un libro, de escuchar la radio o de ver un programa de televisión. En ella se puede ver que estas posibilidades de ocio les sirven a más de la mitad de las mujeres encuestadas para tomar distancia de su proceso *a menudo* (43,3%) o *a veces* (17,5%), aunque a un porcentaje también importante de mujeres *pocas veces* les permiten olvidarse de su enfermedad (37,1%).

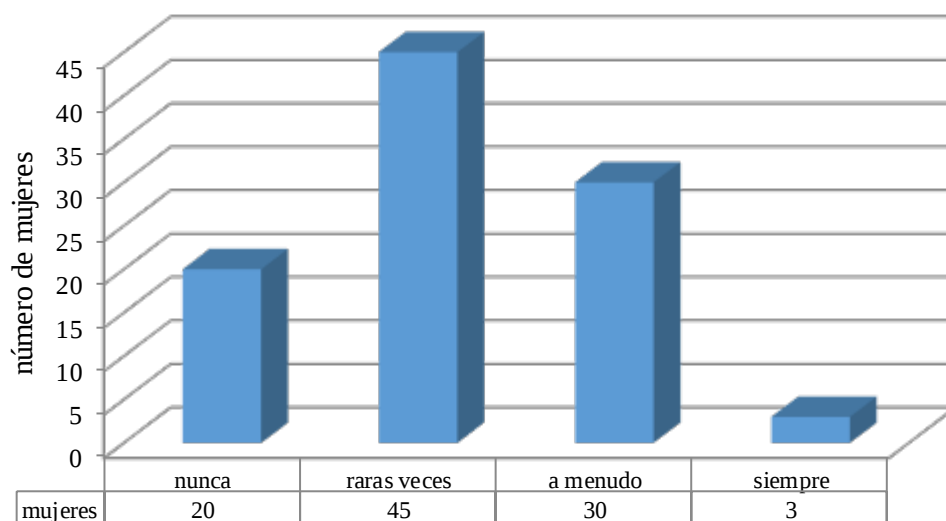


Figura 51. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Soy capaz de permanecer sentada de forma tranquila y relajada.*

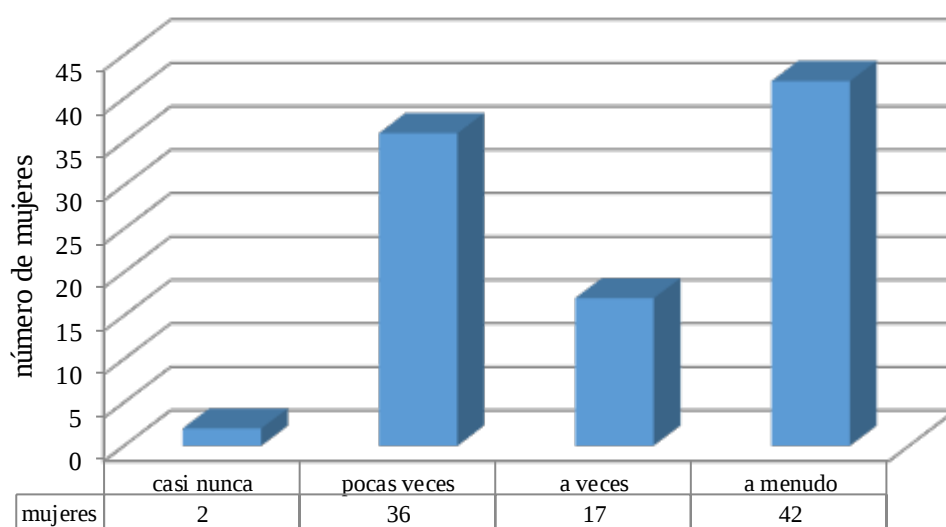


Figura 52. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Soy capaz de disfrutar de un buen libro, un programa de radio o televisión.*

Tras calcular las puntuaciones obtenidas para cada una de las preguntas en este primer bloque de la encuesta, el valor medio obtenido fue de $25,63 \pm 9,54$ puntos; con valor mínimo de 4 y un máximo de 43 puntos. A partir de estos valores, las mujeres se dividieron en 3 grupos, cuyos rangos de puntuación se establecieron sumando o restando el valor de la desviación estándar al valor medio calculado. Así:

- a) Grupo I: incluye aquellas mujeres con una puntuación comprendida entre 4 (valor mínimo) y 16 puntos, que en este caso fueron un total de 21 pacientes. Este rango de puntuación se correspondería con aquellas mujeres en las que prácticamente no existen sentimientos personales negativos, lo que nos lleva a sugerir que los ajustes emocionales que han sido capaces de desarrollar les han permitido reducir la ansiedad que pueden estar sintiendo ante su diagnóstico y su enfermedad, de forma que han podido redirigir sus experiencias y sentimientos negativos hacia nuevas habilidades sociales o estrategias de resolución de problemas. Este grupo de mujeres en concreto consigue promover atribuciones internas de control sobre su salud y estrategias que faciliten el afrontamiento de la enfermedad con espíritu de lucha y de todos aquellos problemas personales y/o sociales derivados de la misma.
- b) Grupo II: mujeres cuyas puntuaciones están comprendidas entre 16 y 35 puntos. En él se encuadrarían más de la mitad de las mujeres que participaron en este estudio (54 mujeres). En este caso, demuestran claramente sentimientos negativos hacia la enfermedad, pero son plenamente conscientes de ellos y tienen una visión de futuro. Es decir, los estilos de afrontamiento, de espíritu de lucha, indefensión, preocupación ansiosa, fatalismo y negación son utilizados por las mujeres de este grupo en distintos momentos y con diferente frecuencia, pero siempre con el objetivo de mejorar su situación personal.

- c) Grupo III: mujeres con puntuación superior a 35 puntos (valor máximo 43). Aquí se incluyen 23 mujeres que presentan sentimientos claramente negativos ante su enfermedad, lo suficientemente negativos como para no ser capaz de usar ningún tipo de estrategia de afrontamiento frente a ellos. Se manejan entre la indefensión y la desesperanza, con una gran carga de preocupación ansiosa, viéndose así claramente afectado su ánimo y capacidad de lucha por el proceso patológico que sufren.

El estudio estadístico realizado puso de manifiesto que existían diferencias significativas entre las medias de los tres grupos considerados (test de la U de Mann-Whitney, $p > 0,05$).

BLOQUE II

Con las preguntas del bloque II de esta encuesta se busca valorar a la mujer respecto de sí misma y de su enfermedad, así como los recursos de afrontamiento de que se dispone. Es decir, si estarían capacitadas para superar la enfermedad teniendo en cuenta sus signos emocionales. Reeve (1991) describe tres aspectos de la respuesta del individuo frente a la enfermedad:

1. Significado de la búsqueda: las mujeres con cáncer de mama buscan información en relación a su enfermedad, y ésta se convierte en un requisito fundamental para crear la estrategia de afrontamiento.
2. Atribución, que constituye el segundo aspecto de la respuesta, es decir, el intento de la persona de identificar los factores que han contribuido a su situación.
3. Comparación social, que es el tercer aspecto de la respuesta ante su enfermedad: las mujeres comparan sus habilidades y capacidades con las de otras enfermas que se encuentran en una situación similar a la suya.

Se puede decir entonces que, ante la enfermedad, surgen en el individuo una serie de respuestas emocionales que le sitúan en un continuo proceso de adaptación-desadaptación, y donde se va a encontrar con una serie de características contrapuestas dependiendo del momento de la enfermedad en que se encuentre:

- Dependencia-independencia
- Culpa
- Esperanza-desesperanza
- Ira
- Flexibilidad-rigidez

En la primera pregunta de este bloque, cuando se les interroga acerca de la importancia que el cáncer de mama, su enfermedad, tiene para ellas (figura 53), la gran mayoría están de acuerdo con que su enfermedad es importante para ellas, afirmación con la que están *muy o bastante de acuerdo* el 44,9 y el 37,8%, respectivamente. El 7,1% está *algo de acuerdo* con este aserto, mientras que el 8,2% manifiesta estar *algo en desacuerdo*, y tan solo un 1,0% está *bastante o muy en desacuerdo*.

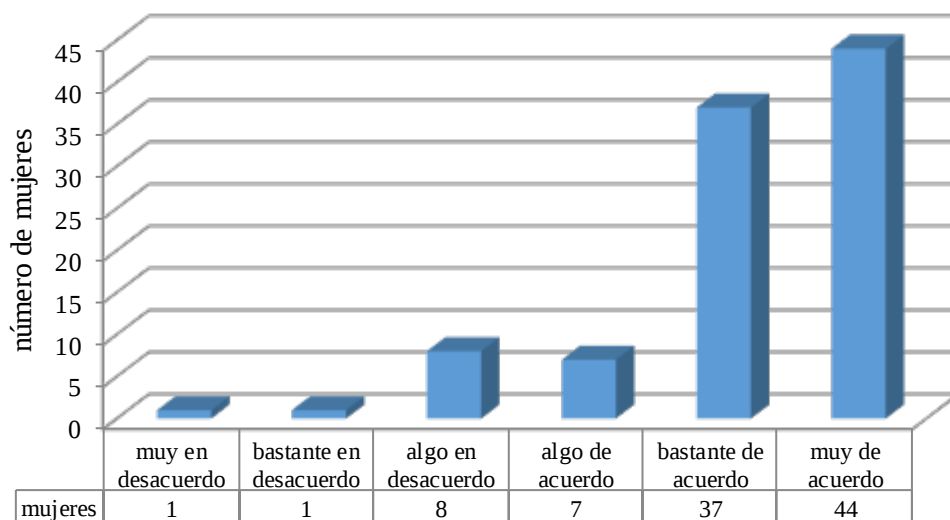


Figura 53. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Es muy importante para mí*.

Estas respuestas van en el mismo sentido que las obtenidas en la siguiente pregunta, pues al interpelarlas acerca de si pensaban a menudo en su enfermedad (figura 54), el 46,9% estaba *bastante de acuerdo*; el 17,3% *muy de acuerdo*; manifestando el 24,5% *algo de acuerdo* y el 9,2% *algo de desacuerdo* con esta afirmación, mientras que tan sólo el 2,0% de las participantes estarían *muy en desacuerdo*.

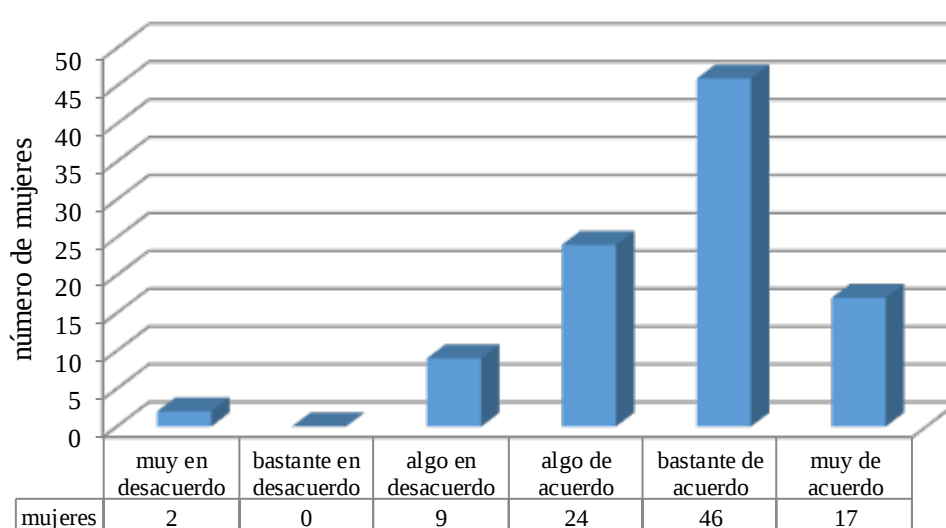


Figura 54. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Pienso a menudo en ella*.

En esta pregunta, al agrupar las respuestas en función de la edad de las pacientes (figura 55) se observa cómo, independientemente de la edad de las mismas, sigue siendo seleccionada por aproximadamente la mitad de las mujeres en cada grupo la respuesta *bastante de acuerdo*: 44,1% en las mujeres menores de 50 años; 45,2% en las que tienen entre 50-59 años y 54,5% en las mayores de 60 años, no existiendo diferencias significativas en este caso entre los distintos grupos de edad considerados ($\chi^2 = 5,031$; $p = 0,754$).

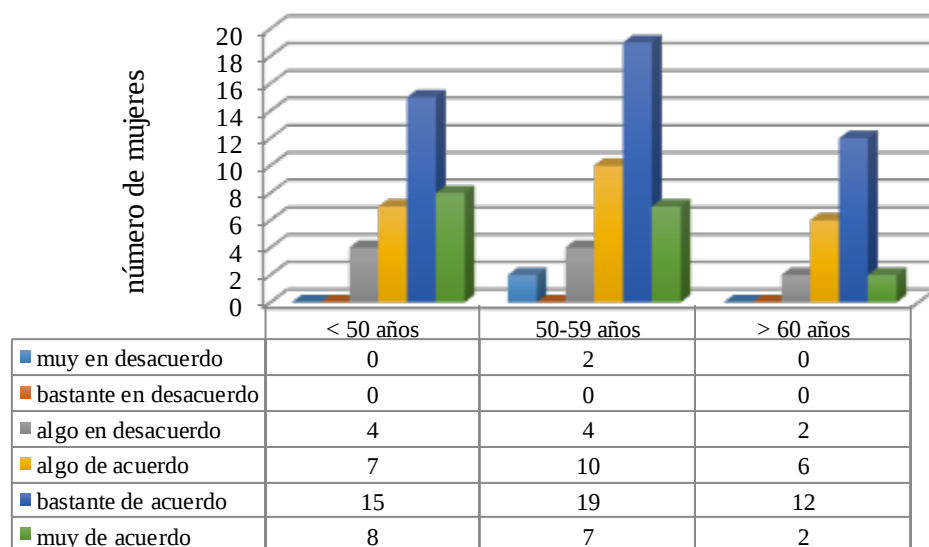


Figura 55. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Pienso a menudo en ella* agrupadas en función de la edad de las pacientes

Cuando la variable de agrupamiento ha sido su estado civil (figura 56), se puede ver que de nuevo la respuesta predominante entre el grupo mayoritario (mujeres casadas o en pareja) es *bastante de acuerdo* (54,4%) mientras que en el resto de los grupos las respuestas están más repartidas ($\chi^2 = 20,927$; $p = 0,051$).

La tendencia se mantiene cuando se agrupa a las mujeres en función de que tengan hijos o no: en la figura 57 se puede ver que aunque no existieron diferencias significativas ($\chi^2 = 4,616$; $p = 0,329$), las mujeres que tienen hijos piensan más a menudo en su enfermedad, siendo también mayoritaria la respuesta *bastante de acuerdo* (50,6%) en este grupo.

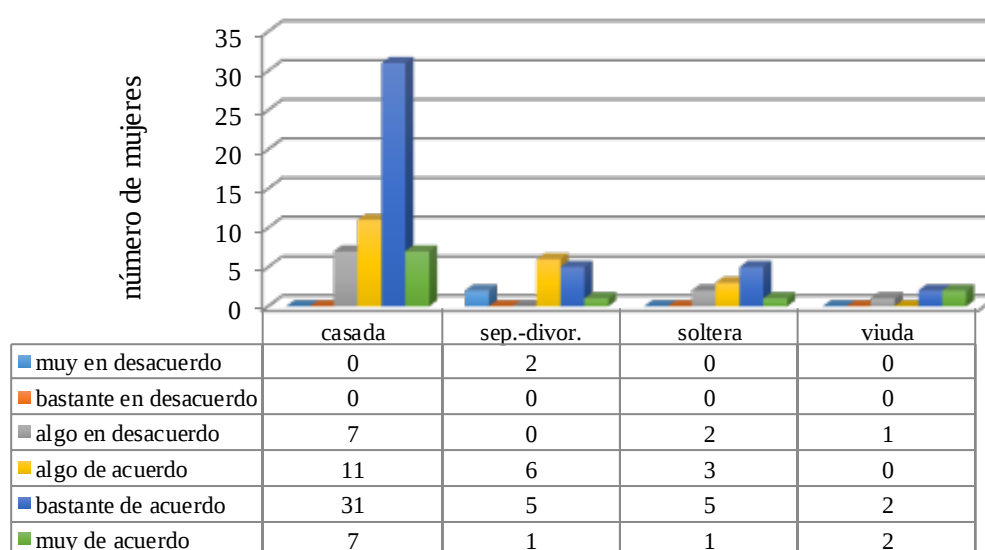


Figura 56. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Pienso a menudo en ella* agrupadas en función del estado civil de las pacientes.

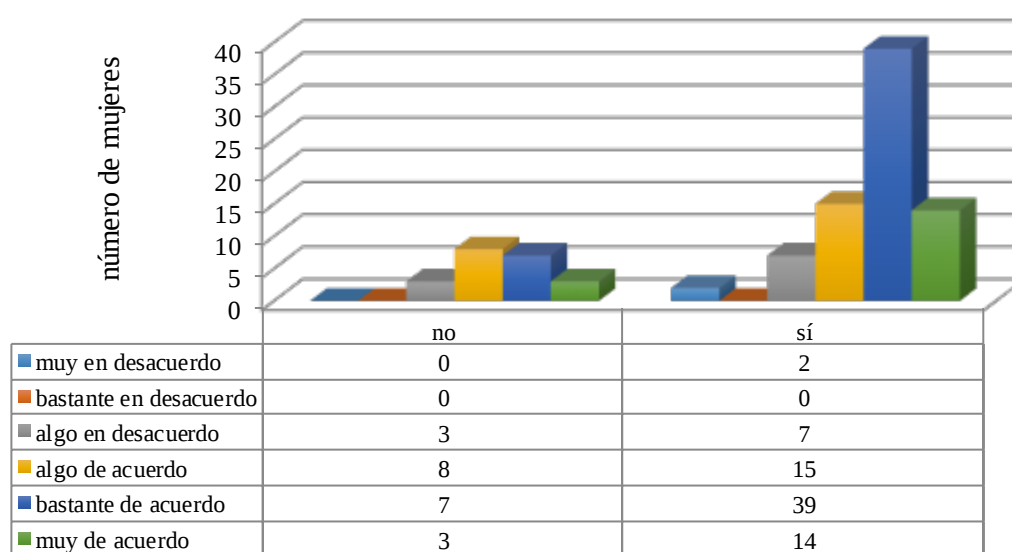


Figura 57. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Pienso a menudo en ella* agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

Por otro lado, llama la atención cómo, independientemente del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad, el pensamiento de la mayoría de las mujeres sigue dirigido hacia su enfermedad (figura 58). Así, aquellas en las que sólo han transcurrido hasta 12 meses desde que este se produjo, el 61,9% están *bastante o muy de acuerdo* con el aserto de que piensan a menudo en ella. Ambas respuestas son mayoritarias en todos los grupos considerados: 70,0% de las mujeres en las que el diagnóstico se produjo entre 13 y 24 meses antes del momento de la realización de la encuesta; 70,6% de las que fueron diagnosticadas entre 2 y 4 años antes y 60,0% de aquellas para las que el tiempo desde el diagnóstico es superior a 4 años. Tampoco en este caso se detectaron diferencias significativas ($\chi^2 = 7,693$; $p = 0,809$).

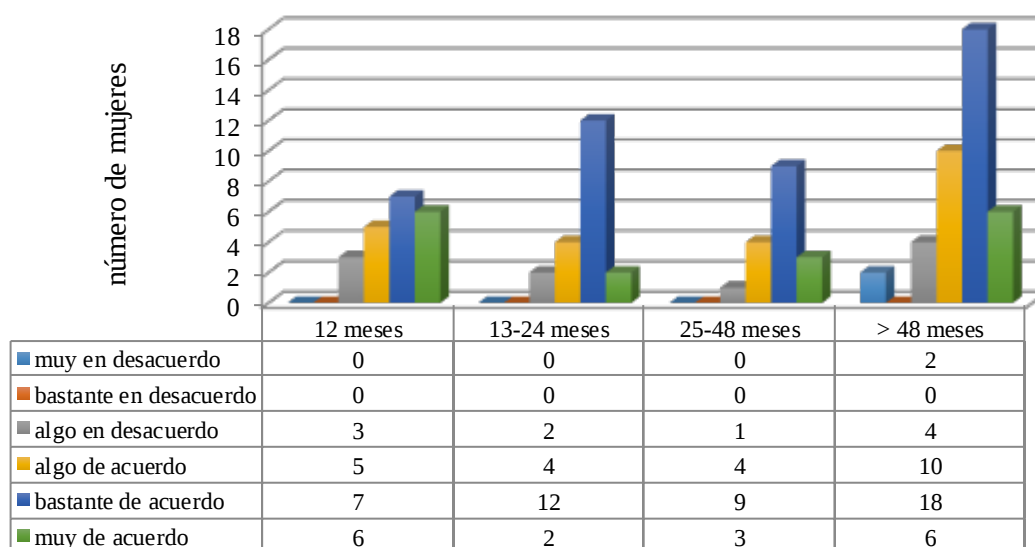


Figura 58. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Pienso a menudo en ella* agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad.

Cuando la variable a considerar ha sido el pronóstico indicado por las pacientes (figura 59), de nuevo e independientemente de este, las mujeres están *bastante de acuerdo* en que piensan a menudo en el cáncer: 46,7% de las que indicaron un buen pronóstico; 48,4% para las que el pronóstico fue malo y 44,1% de las que no fueron capaces de dar un pronóstico ($\chi^2 = 2,909$; $p = 0,940$).

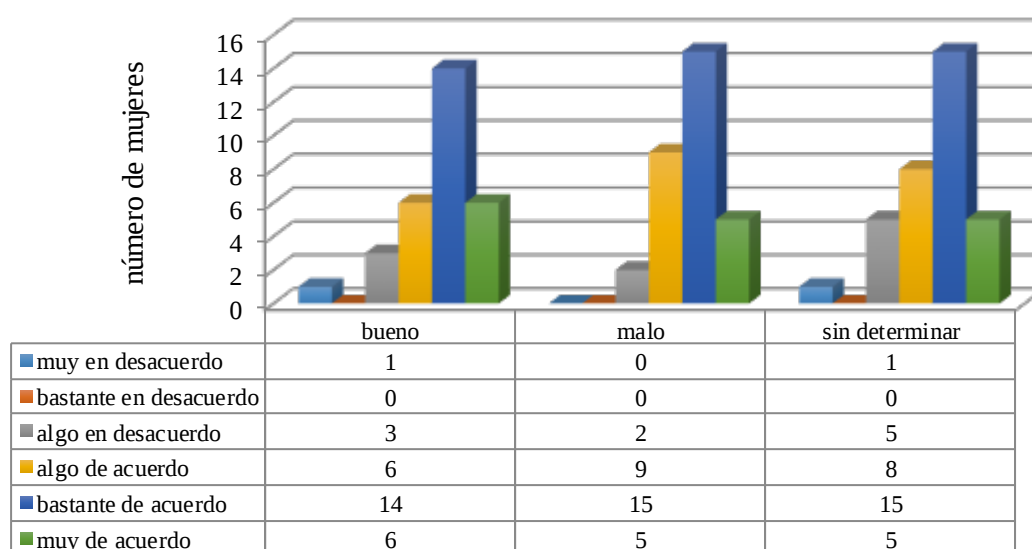


Figura 59. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Pienso a menudo en ella* agrupadas en función del pronóstico del tumor.

Algo similar ocurre cuando el aspecto que se tiene en cuenta es el periodo de revisión de la enfermedad. El cáncer sigue estando bastante presente en su vida (figura 60), independientemente de que el periodo de revisión sea más o menos amplio, no existiendo tampoco aquí diferencias significativas ($\chi^2 = 9,285$; $p = 0,678$).

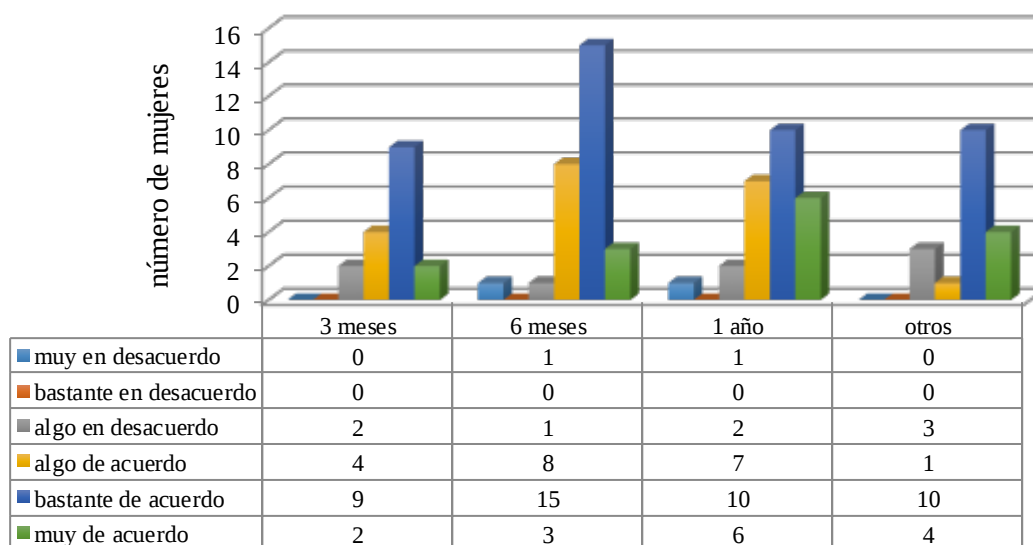


Figura 60. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Pienso a menudo en ella* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes.

En la siguiente pregunta planteada en la encuesta, y de forma coherente con las cuestiones anteriores, cuando se les preguntó acerca de si el tumor de mama que habían sufrido era algo amenazante para ellas de por vida, en la figura 61 se puede ver que buena parte de las mujeres estuvo *de acuerdo* en que sí lo era: un 27,6% estaba *algo de acuerdo*; el 22,4% de ellas *bastante de acuerdo* y el 15,3% *muy de acuerdo*. Por el contrario, un 27,6% estaba *algo de acuerdo*; el 10,2% *bastante en desacuerdo* y tan solo el 4,1% *muy en desacuerdo*. De cualquier forma, es importante señalar que, en esta pregunta en concreto, aproximadamente la mitad de las mujeres no lo tenía claro (un 48% se decantaron por las respuestas intermedias).

Al interpelarles sobre si ellas lo consideraban un asunto temporal (figura 62), un tercio manifiestan no estar de acuerdo con esta afirmación: el 17,3% estuvo *bastante en desacuerdo* y el 15,3% *muy en desacuerdo* mientras que tan solo el 3,1% y el 6,1% estuvieron *bastante* o *muy de acuerdo*, respectivamente. De nuevo, la mayor parte de las mujeres no se decantan por ninguno de los extremos: el 33,7% está *algo en desacuerdo* y el 24,5% *algo de acuerdo*, lo que pone de manifiesto su creencia de que la enfermedad va a seguir presente en sus vidas de una u otra manera.

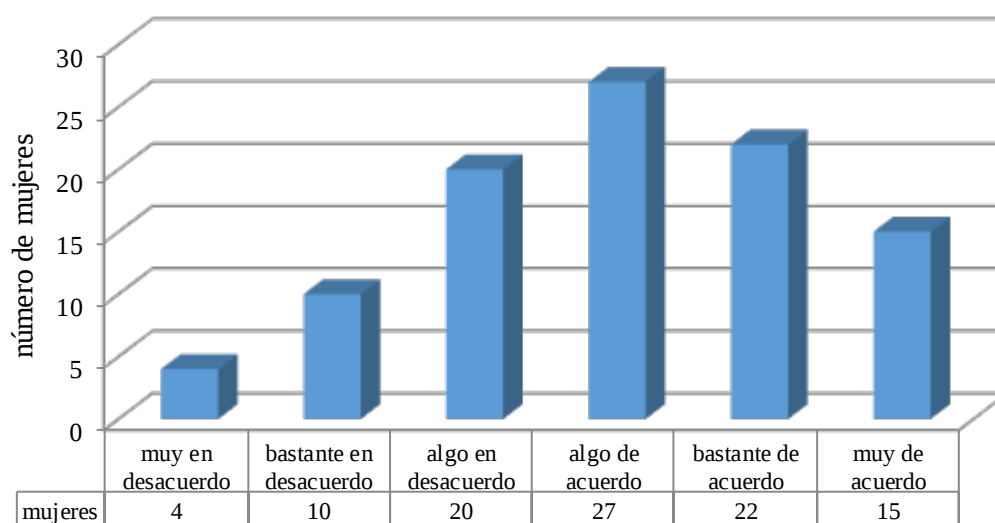


Figura 61. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Es algo amenazante de por vida.*

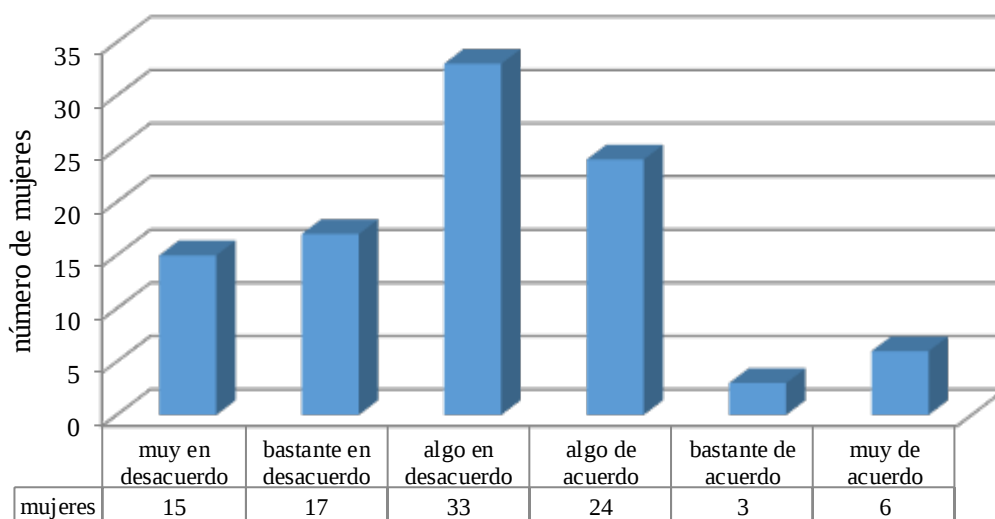


Figura 62. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Es o fue un asunto temporal.*

Por otro lado, al preguntarles acerca de si ellas tenían influencia directa sobre su propia enfermedad (figura 63), las respuestas, aunque muy diversas, también estaban muy polarizadas: el 38,8% estuvo *bastante de acuerdo* y el 24,5% *bastante en desacuerdo*; un 12,2% manifestó *algo de desacuerdo* y el 10,2% *algo de acuerdo*, mientras que el 9,2% estuvo *muy de acuerdo* y el 5,1% *muy en desacuerdo*.

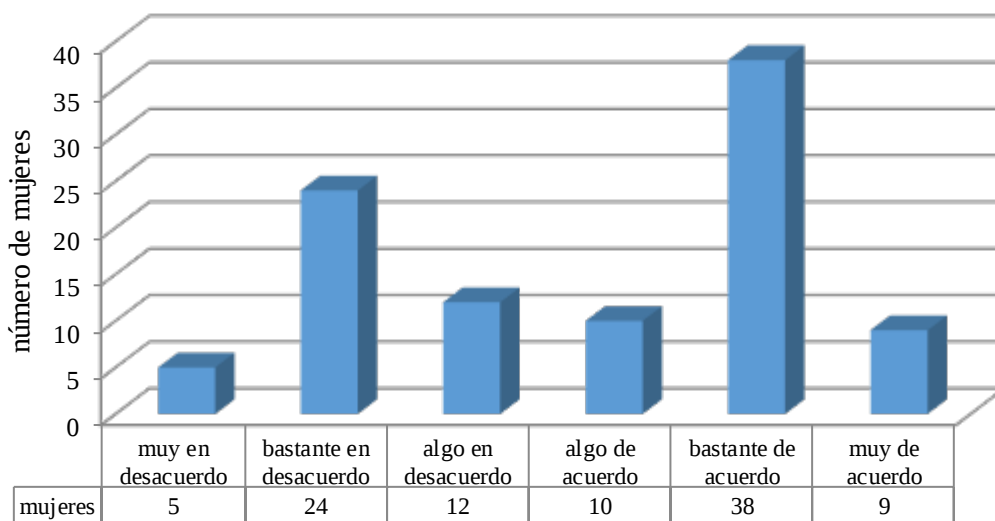


Figura 63. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Yo tengo influencia directa sobre ella*.

Al insistir en este sentido con la siguiente pregunta, acerca de si tenían algún control sobre ella, algo más de la mitad de las mujeres encuestadas estuvo de acuerdo de una u otra manera con esta afirmación, siendo la respuesta mayoritaria *bastante de acuerdo* (34,7%). De nuevo, las respuestas fueron muy diversas: el 22,4% estuvo *algo de acuerdo* y el 5,1% *muy de acuerdo*; mostrando *algo de desacuerdo* con la pregunta el 19,4% de ellas; un 15,3% seleccionó la respuesta *bastante desacuerdo* y el 3,1% *muy en desacuerdo* (figura 64).

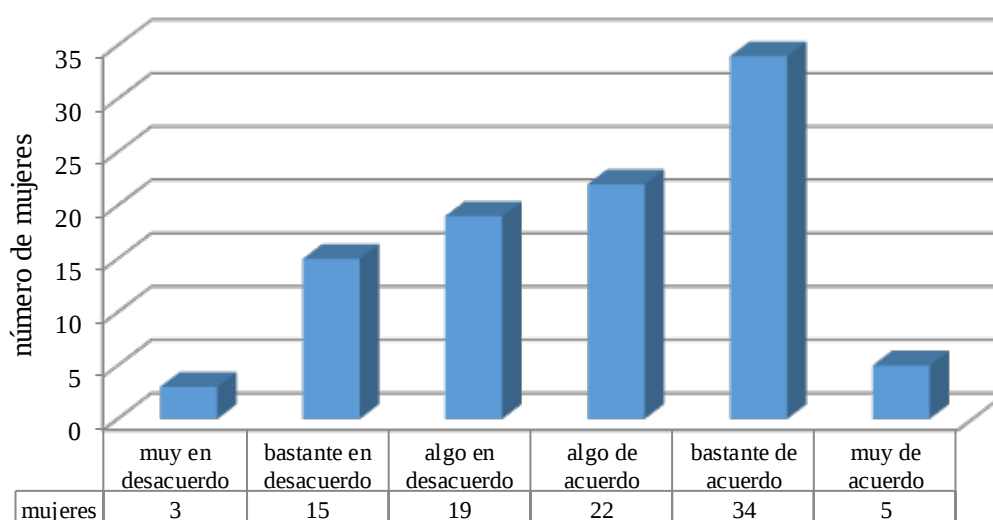


Figura 64. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Tengo algún control sobre ella*.

En este sentido, al considerar la edad de las mujeres (figura 65), las respuestas siguen estando muy repartidas en cualquier franja de edad. Aunque tiende a predominar el acuerdo con la afirmación, en el grupo de mujeres con edades inferiores a 50 años hay un porcentaje importante que no cree que tenga control sobre ella. El análisis estadístico realizado no encontró diferencias significativas entre los grupos considerados ($\chi^2 = 16,709$; $p = 0,081$).

Las respuestas siguen siendo muy diversas cuando lo que se considera es su estado civil (figura 66). En general, predominan las que muestran su acuerdo con esta afirmación, sobre todo entre las que están casadas o tienen pareja, las separadas/divorciadas y las solteras, no existiendo diferencias significativas entre ellas ($\chi^2 = 14,997$; $p = 0,452$).

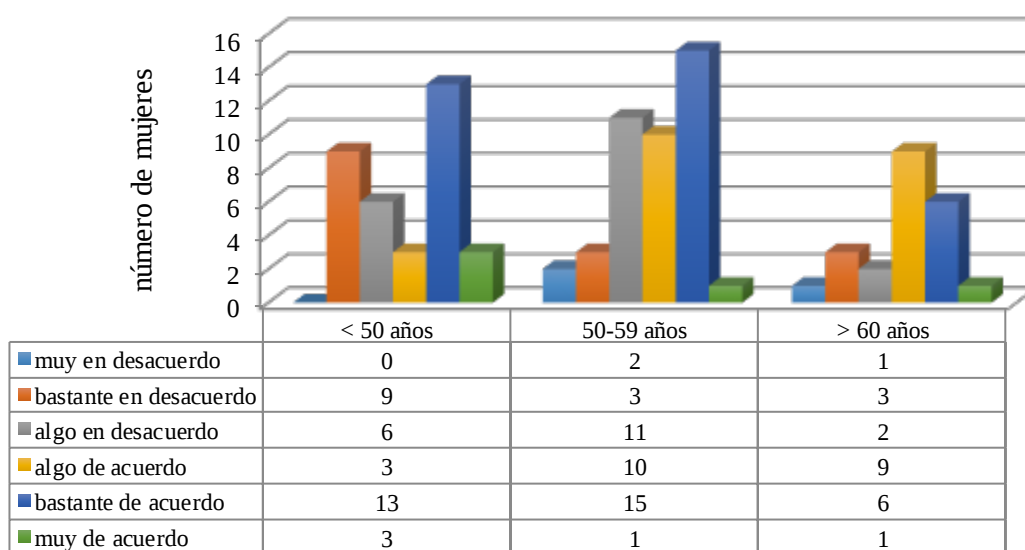


Figura 65. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Tengo algún control sobre ella* agrupadas en función de la edad de las pacientes.

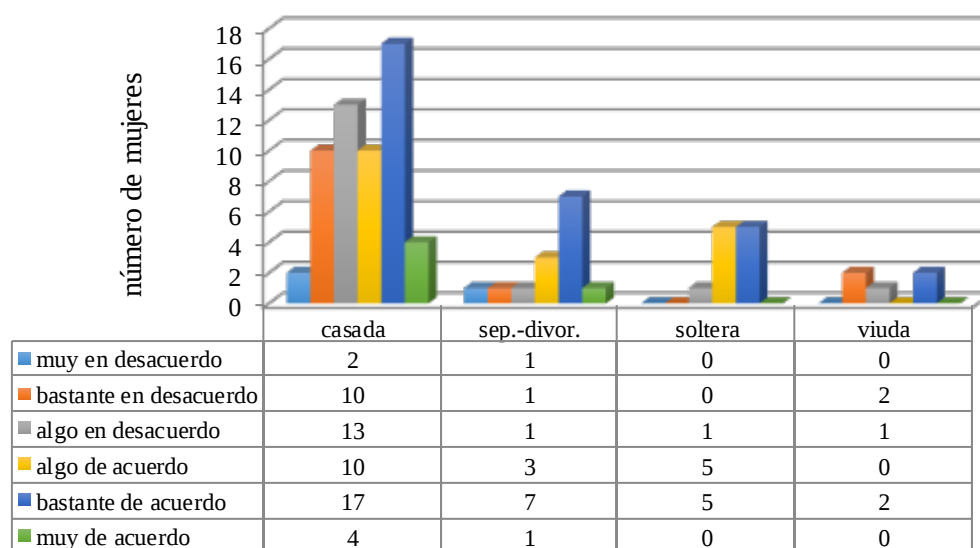


Figura 66. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Tengo algún control sobre ella* agrupadas en función del estado civil de las pacientes.

Tampoco la existencia de hijos influye en las respuestas seleccionadas por las mujeres (figura 67), que de nuevo en este caso están muy distribuidas ($\chi^2 = 8,097$; $p = 0,151$).

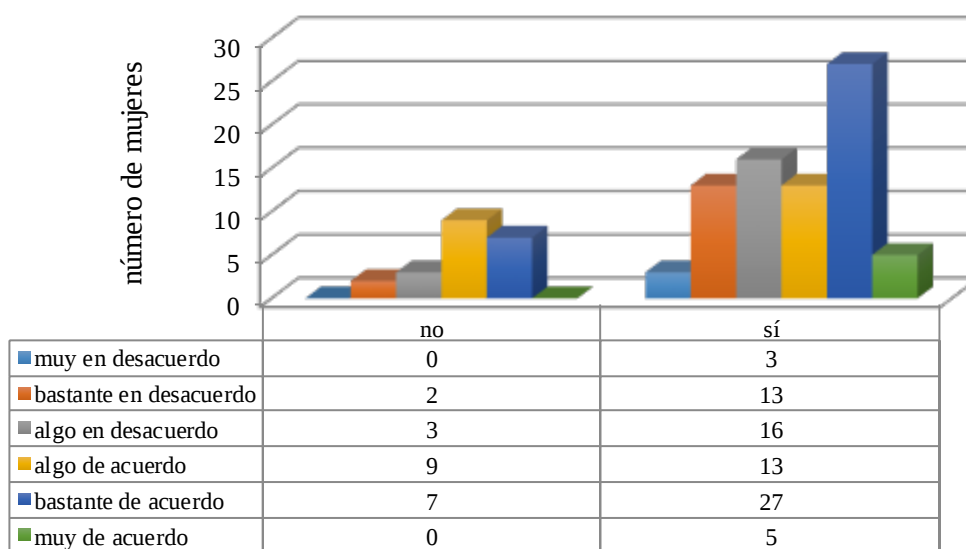


Figura 67. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Tengo algún control sobre ella* agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

De forma similar, en las figuras que van de la 68 a la 70 se puede comprobar que las respuestas seleccionadas por las mujeres no se ven influidas por el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de su enfermedad ($\chi^2 = 7,412$; $p = 0,945$), el pronóstico descrito por las mujeres ($\chi^2 = 6,095$; $p = 0,807$) o la cadencia de las revisiones ($\chi^2 = 15,129$; $p = 0,442$).

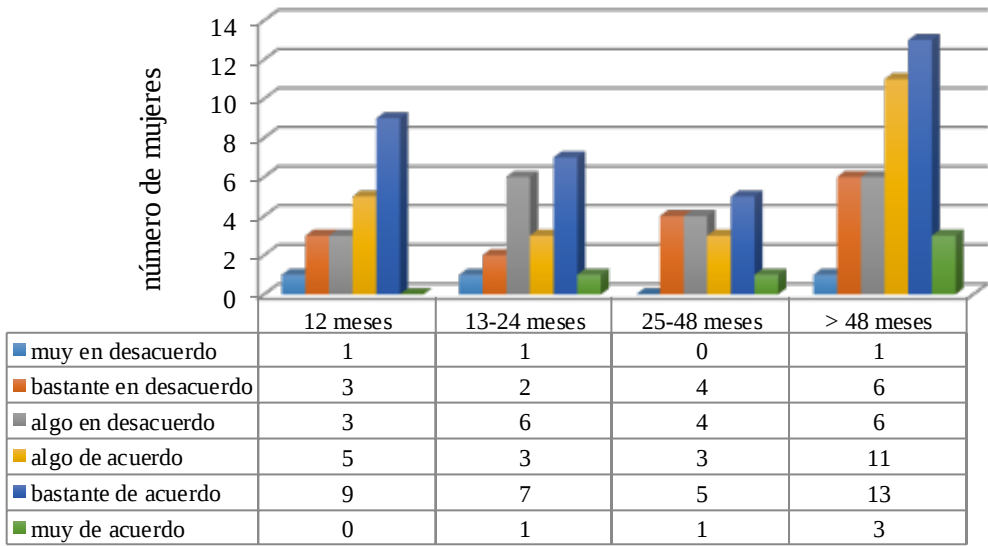


Figura 68. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Tengo algún control sobre ella* agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad.

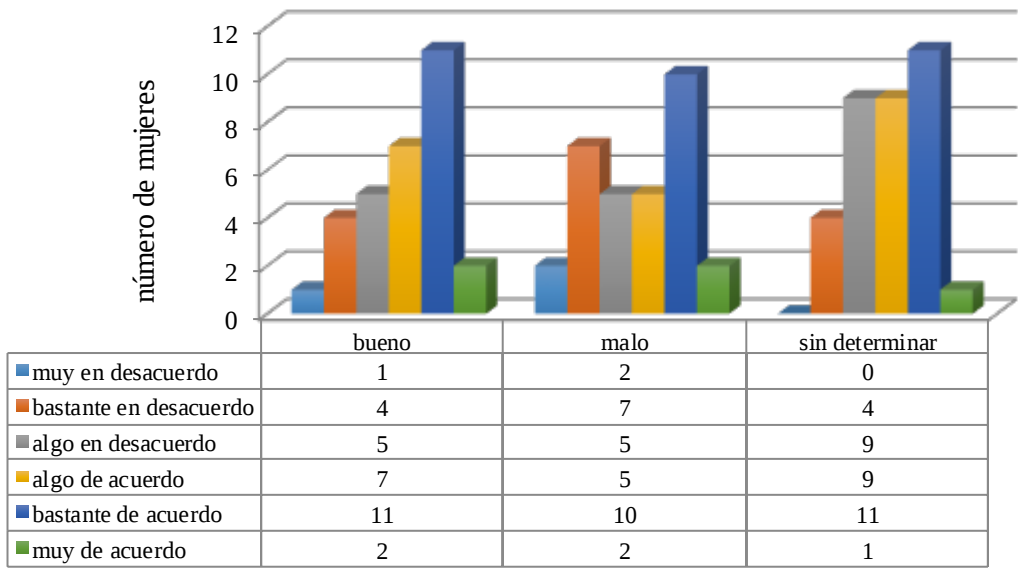


Figura 69. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Tengo algún control sobre ella* agrupadas en función del pronóstico del tumor.

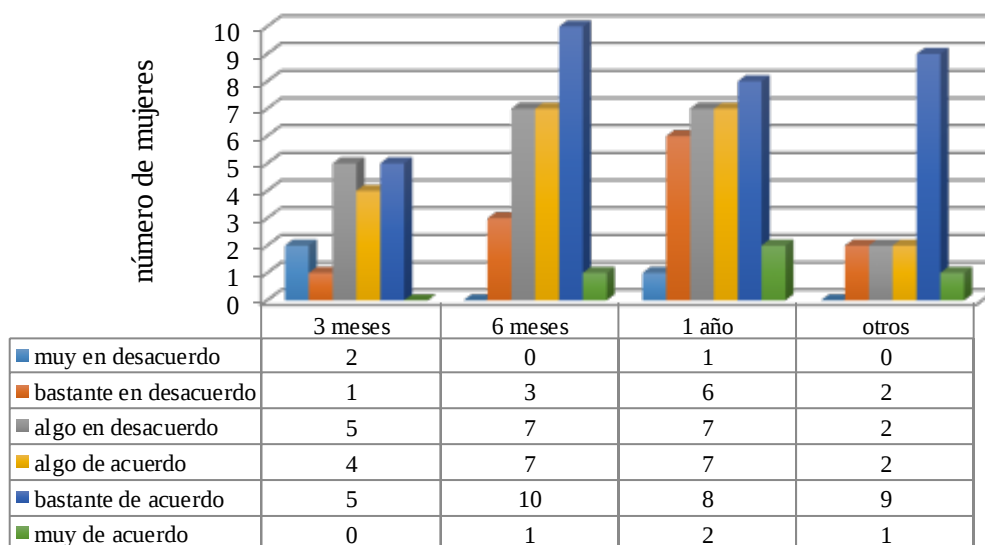


Figura 70. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Tengo algún control sobre ella* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes.

La distribución en las respuestas a la siguiente pregunta es bastante similar, pues al interesarse por si era su conducta la que determinaba de forma directa el empeoramiento de su enfermedad, de nuevo la mayor parte de las mujeres estuvo de acuerdo con el aserto: el 34,7% estuvo *bastante de acuerdo*; el 19,4% *algo de acuerdo* y un 8,2% *muy de acuerdo*; mientras que un 17,3% mostró en cada caso *bastante o algo de desacuerdo* y, tan solo el 3,1% se manifestó *muy en desacuerdo* (figura 71). Aproximadamente un tercio de las mujeres (34,8%) no tenían clara su respuesta, seleccionando las respuestas intermedias.

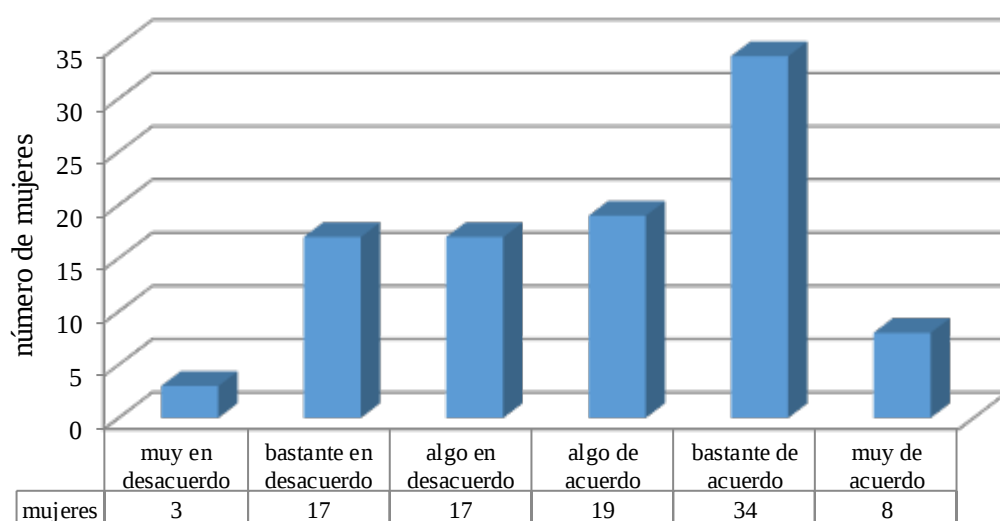


Figura 71. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Si mi enfermedad empeora, es mi propia conducta la que determina la rapidez con que mejoro.*

Al preguntarlas sobre si ellas se consideraban directamente responsables de que su enfermedad mejorara o empeorara (figura 72), aproximadamente dos tercios estuvieron de acuerdo con el aserto: un 19,4% mostró *algo de acuerdo*; un 34,7% estuvo bastante de acuerdo y un 8,2% estuvo *muy de acuerdo*. Es importante la perspectiva que nos da esta pregunta acerca de la mayor o menor implicación que las mujeres asumen en su recuperación. La idea de curación ha de partir de uno mismo para que los tratamientos aplicados externamente tengan alguna opción de prosperar.

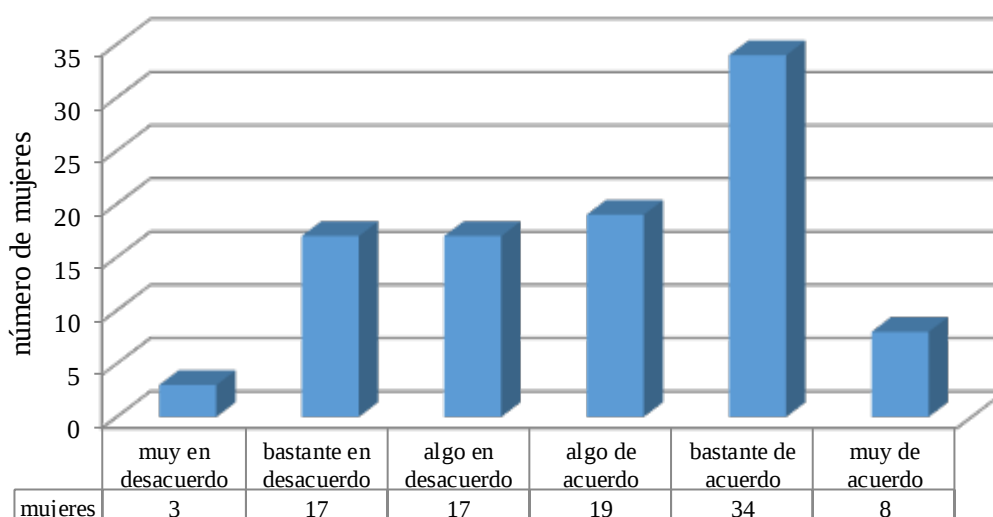


Figura 72. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Yo soy directamente responsable de que mejore o empeore*.

Por otro lado, en la figura 73 se muestran las respuestas proporcionadas por las mujeres a la última cuestión de este bloque, en el que se las interrogó acerca de si debían hacer únicamente lo que dijera su médico. En ella se puede ver que más de la mitad confían plenamente en su médico: un 32,3% señaló que estaba *bastante de acuerdo*; un 20,4% demostraron estar *muy de acuerdo* y un 13,3% *algo de acuerdo*. En el lado contrario se situó aproximadamente un tercio de las mujeres: un 25,5% estuvo *bastante en desacuerdo*; un 6,1% *algo en desacuerdo* y un 2,0% estuvo *muy en desacuerdo*.

Cuando en esta última pregunta se tiene en cuenta la edad de las pacientes (figura 74), se puede ver que si bien predominan las respuestas en las que las mujeres muestran su acuerdo, las respuestas están más polarizadas en las que tienen menos de 50 años, en las que el porcentaje de mujeres que están en desacuerdo es más elevado que en los otros dos grupos de mujeres, aunque tampoco en este caso se detectaron diferencias significativas ($\chi^2 = 17,620$; $p = 0,062$).

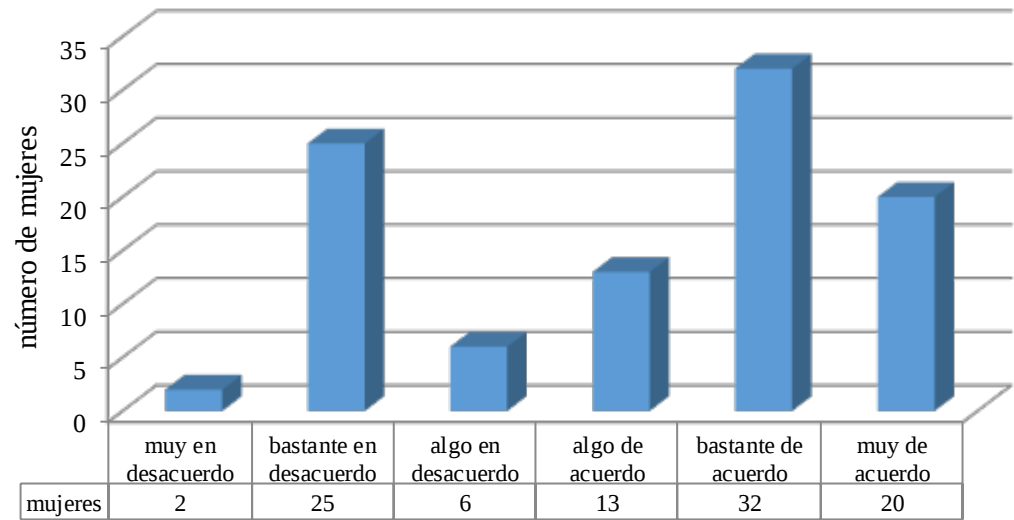


Figura 73. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Yo sólo debo hacer lo que mi médico dice que haga*.

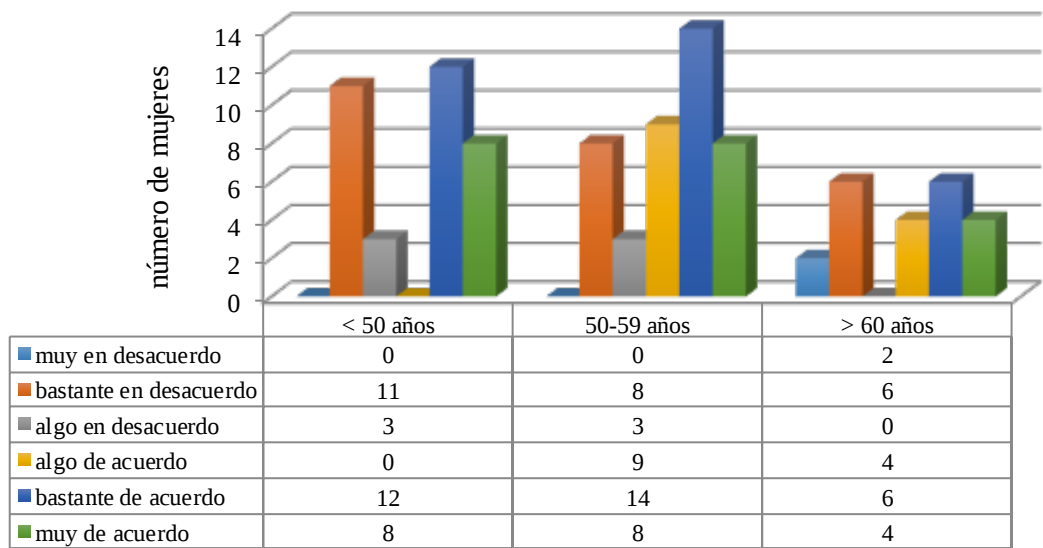


Figura 74. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Yo sólo debo hacer lo que mi médico dice que haga* agrupadas en función de la edad de las pacientes.

Cuando la pregunta *Yo sólo debo hacer lo que mi médico quiere que haga* se agrupa en función del estado civil de las pacientes (figura 75), llama la atención que aquellas mujeres que están casadas o viven en pareja están *bastante de acuerdo* con la afirmación, demostrando probablemente y una vez más la necesidad de dependencia de una tercera persona a la hora de encontrar recursos de afrontamiento ante la enfermedad, diferencia que no es tan marcada en los grupos de separadas-divorciadas, solteras o viudas. El análisis estadístico realizado señaló que no existían diferencias significativas en las respuestas en función del estado civil de las mujeres ($\chi^2 = 20,141$; $p = 0,167$).

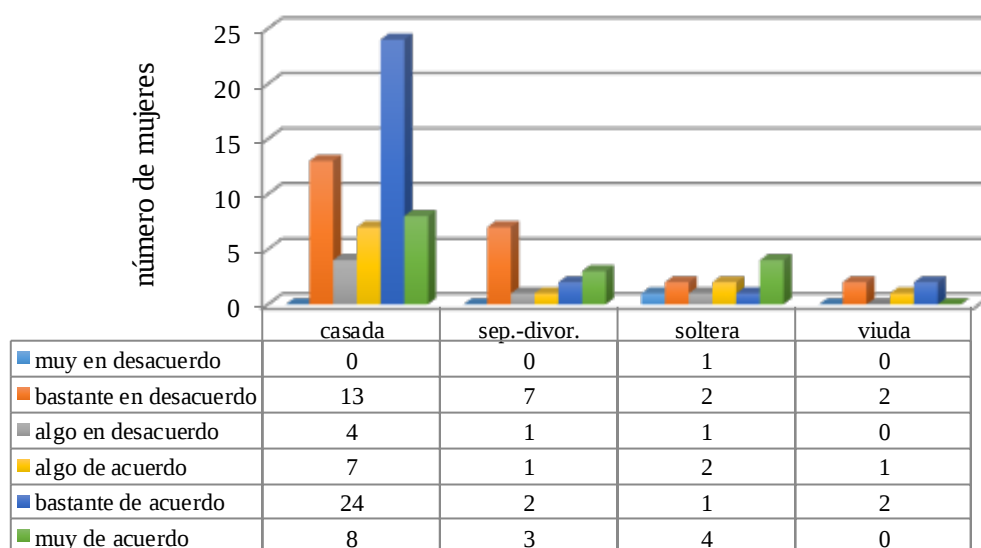


Figura 75. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Yo sólo debo hacer lo que mi médico dice que haga* agrupadas en función del estado civil de las pacientes.

Cuando las respuestas a esta misma pregunta se agruparon en función de que las pacientes tuvieran o no hijos (figura 76), debe destacarse que en el grupo de mujeres con hijos existe un grupo importante de ellas que seleccionaron las respuestas *bastante de acuerdo* y *bastante en desacuerdo*. Sin embargo, en aquellas mujeres que no tenían hijos, las respuestas estuvieron mucho más repartidas ($\chi^2 = 9,834$; $p = 0,080$).

Cuando en dicha pregunta lo que se tiene en cuenta es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad (figura 77), las respuestas se encuentran bastante repartidas en todos los rangos de tiempo excepto en el caso de aquellas mujeres en las que el tiempo desde dicho diagnóstico es superior a los 4 años. En este último grupo, existe una polaridad muy marcada entre dos tipos de respuesta: *bastante de acuerdo* y *bastante en desacuerdo*. El estudio estadístico realizado no detectó diferencias significativas entre los diferentes grupos ($\chi^2 = 13,086$; $p = 0,596$).

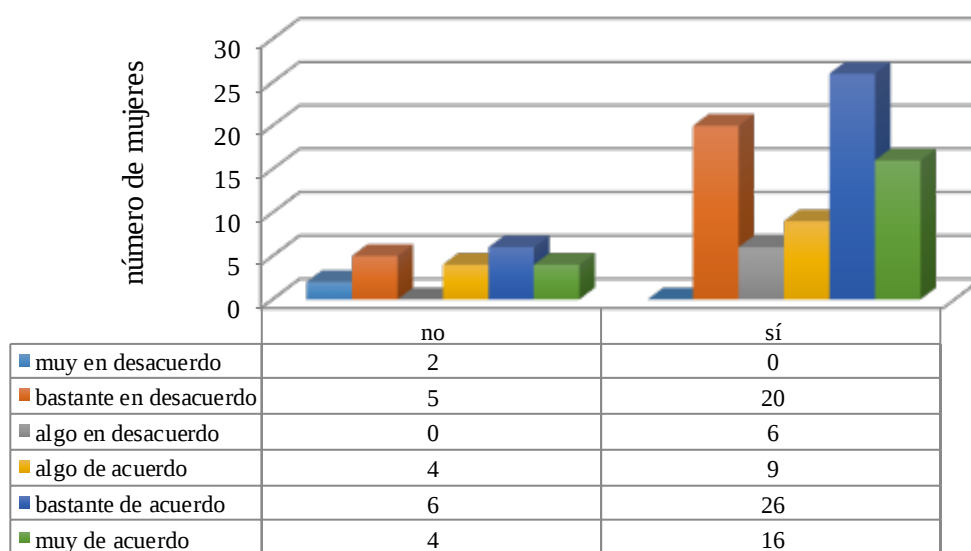


Figura 76. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Yo sólo debo hacer lo que mi médico dice que haga* agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

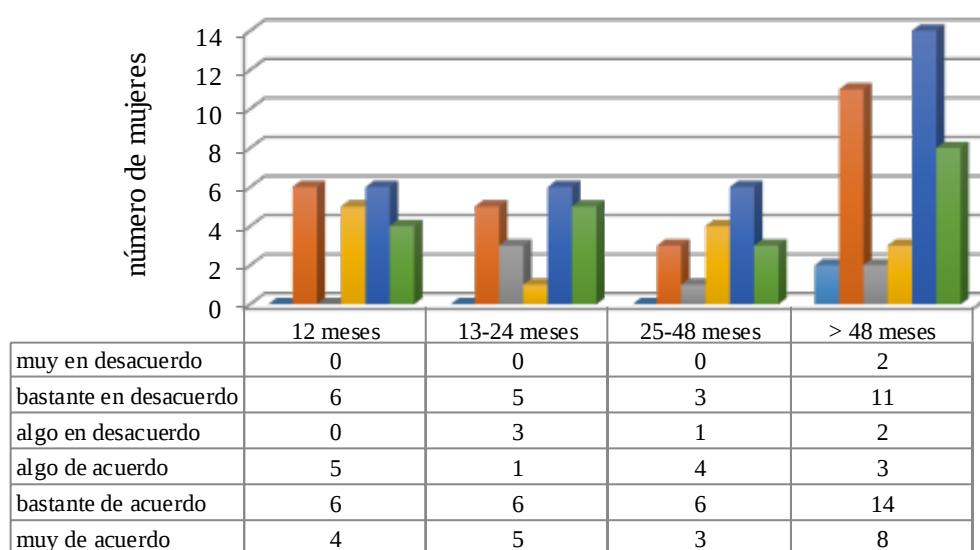


Figura 77. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Yo sólo debo hacer lo que mi médico dice que haga* agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor.

Al relacionar esta misma pregunta con el pronóstico del tumor (figura 78), las respuestas vuelven a ser muy heterogéneas en los tres pronósticos (bueno, malo y sin determinar), no encontrándose diferencias significativas entre ellas ($\chi^2 = 9,792$; $p = 0,449$).

Finalmente, al agrupar las respuestas en función de los periodos de revisión de las pacientes (figura 79), tiende a predominar el acuerdo con la afirmación hecha en la pregunta excepto en el grupo *otros*, probablemente porque con periodos de revisión superiores a un año esta afirmación tiende a diluirse al acudir a un menor número de consultas médicas. El análisis estadístico realizado no detectó diferencias significativos ($\chi^2 = 15,696$; $p = 0,403$).

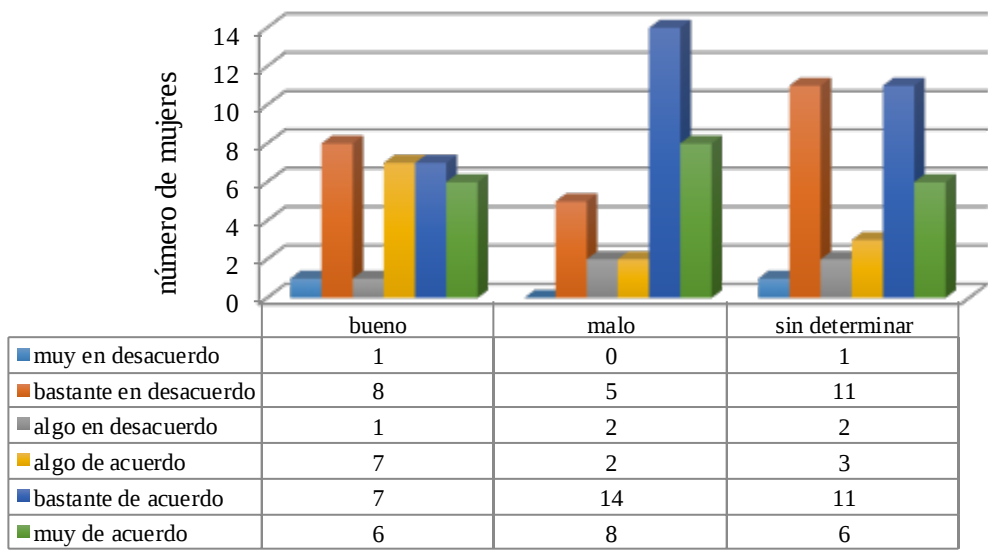


Figura 78. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Yo sólo debo hacer lo que mi médico dice que haga* agrupadas en función del pronóstico del tumor.

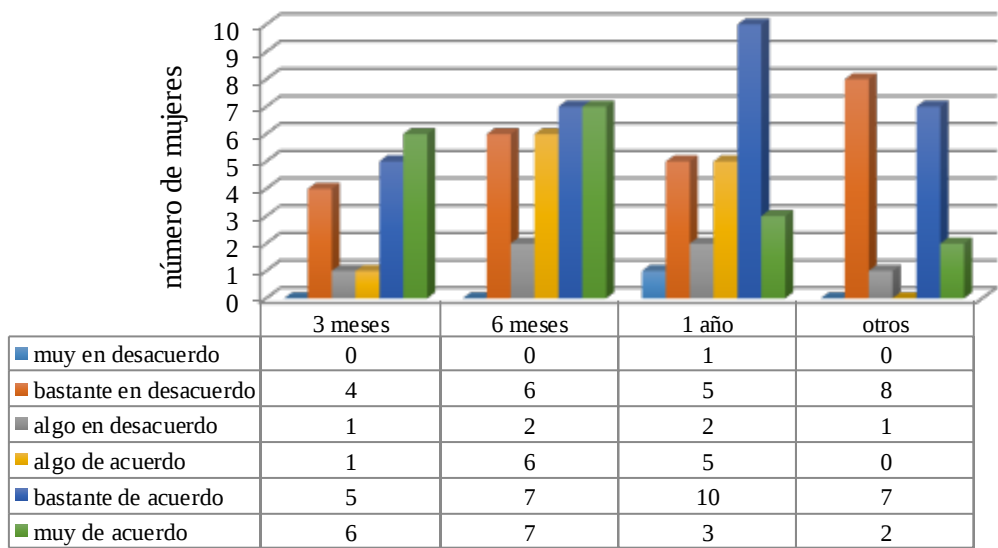


Figura 79. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Yo sólo debo hacer lo que mi médico dice que haga* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes

En cuanto a las puntuaciones obtenidas por las mujeres encuestadas en este segundo bloque, el valor medio fue de $34,76 \pm 8,00$ puntos; situándose en este caso el valor mínimo en 21 y el máximo en 49. Aplicando la misma regla que en el bloque I, las mujeres encuestadas se agruparon de nuevo en tres grupos, cuyas características se presentan a continuación:

- a) Grupo I: mujeres cuya puntuación se sitúa por debajo de 26 puntos (valor mínimo de 21), formado por 11 personas. Se trata de mujeres cuyo balance sobre la calidad de su vida es equilibrado entre sus expectativas, esperanzas, sueños y realidades asequibles. Aunque la enfermedad no ha venido sino a cambiar sus metas, sus expectativas y esperanzas, ellas han decidido adaptarse al cambio, considerándose parte activa del proceso. Son mujeres que consideran que sus acciones e intervenciones son beneficiosas para el control de su enfermedad, y que desechan la idea de que la intervención médica es la única que puede ayudarlas. Como señalaron Skinner y Vaughan (1983), se trataría de mujeres que han entendido que *así como la buena salud es importante para gozar de una buena vida, disfrutar de la vida es importante, a su vez, para mantener una buena salud*.
- b) Grupo II: formado por aquellas pacientes cuya puntuación se encuentra comprendida entre 26 y 42 puntos, y que lo conformarían 56 mujeres. En este caso, la enfermedad provoca una ruptura del comportamiento y modo de vida habitual de estas mujeres, generando una situación de desequilibrio. De esta manera, estas mujeres se enfrentan a una situación estresante, ante la cual pueden actuar de dos modos distintos. Por un lado, pueden afrontarla y, de esta manera, reducir dicha situación estresante, adaptándose a las circunstancias que les toca vivir en dicho momento (pasarían entonces a formar parte de las mujeres del grupo anterior). Por otro, pueden frustrarse, respuesta que no sería la más adecuada a su enfermedad, puesto que pueden llegar a creer que su salud depende sólo y exclusivamente de las intervenciones médicas, de modo que no se consideran para nada

responsables de su recuperación, no siendo capaces de poner en marcha estrategias positivas de afrontamiento.

- c) Grupo III: pacientes cuya puntuación se encuentra por encima de 42 puntos (valor máximo de 44), y que estaría formado en este caso por 31 personas. Estas mujeres presentan un completo desequilibrio entre las demandas y las expectativas planteadas por la enfermedad, y sus capacidades para responder a tales demandas están, por tanto, anuladas. La magnitud de discrepancia las lleva a experimentar un gran estrés que no las va a ayudar a salir de este desequilibrio entre sus recursos y capacidades y las demandas de su enfermedad. Son mujeres sobrepasadas por su enfermedad, condicionándolas tanto que no son capaces de afrontar la situación.

También en este caso el test de la U de Mann-Whitney señaló que existían diferencias significativas entre los valores medios calculados en cada uno de los tres grupos de mujeres ($p > 0,05$).

BLOQUE III

Como ya se ha destacado anteriormente, es importante conocer los recursos de afrontamiento de las pacientes. Dentro de todos ellos son de vital importancia los que afectan a la dimensión social de la persona, ya que la vida adulta está marcada por acontecimientos sociales de gran relevancia. En este caso, la mayor parte de ellas presentan vínculos de pareja y familia propia, dentro de los que hay un grupo clave: los hijos. Las preguntas del siguiente bloque van encaminadas a identificar cómo es y cómo actúa el entorno de la mujer con cáncer de mama, utilizando para ello lo que según Newman (1982) se clasificaría en:

- Círculo íntimo: relaciones que poseen un alto grado de intimidad: pareja, padres e hijos.
- Círculo cercano: relaciones familiares y de amigos cercanos, que tiene un lugar primordial en la vida personal y social de la mujer, ya que alcanzan con ella un alto grado de intimidad.

- Círculo lejano: el de los buenos amigos y las relaciones agradables, que suelen ser numerosas y con un menor grado de intimidad.

Todas estas personas pueden entrar a formar parte del proceso de recuperación de la enfermedad si procuran apoyo y cooperación a la paciente, a la vez que la proporcionan mayor libertad para afrontar su situación.

En la primera pregunta de este bloque (figura 80) (pregunta número 27 de la encuesta), se pone de manifiesto la importancia del papel jugado por todas estas personas reseñadas anteriormente en su enfermedad. Así, la mayor parte de las que respondieron (2 mujeres no lo hicieron) se mostraban de acuerdo con esta afirmación: el 44,8% manifiestan estar *bastante de acuerdo*; un 21,9% están *algo de acuerdo* y un 8,3% está *muy de acuerdo*, frente a un 11,5% que está *algo o bastante en desacuerdo* y tan sólo un 2,1% que demuestra estar *muy en desacuerdo*.

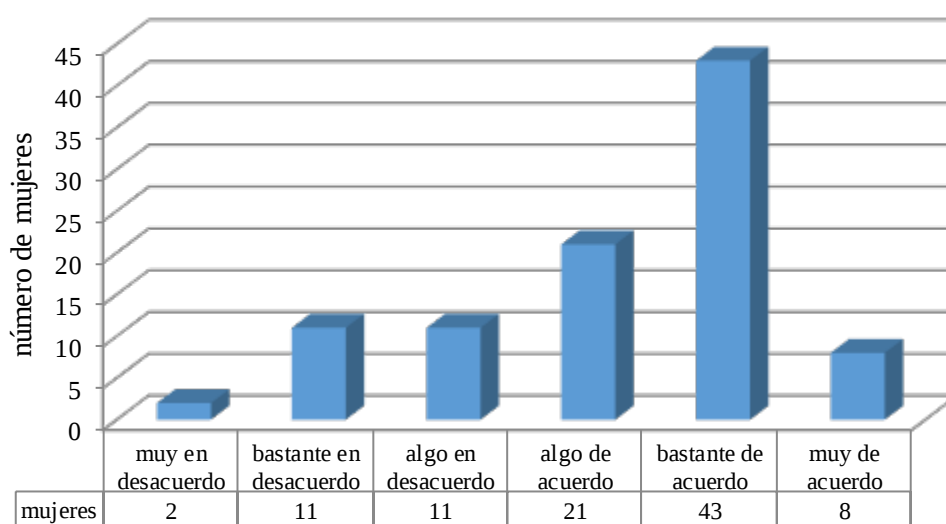


Figura 80. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Los demás juegan un papel importante en mi enfermedad, en que mejor, esté estable o empeore.*

Cuando se relaciona la pregunta con la edad de las pacientes (figura 81), se observa que tanto las mujeres menores de 50 años como aquellas que se encuentran en una franja de edad de entre los 50 y los 59 años, opinan en su mayoría estar *bastante de acuerdo* con dicha afirmación, un 52,9% y un 40,0% respectivamente. También se puede ver que el desacuerdo con esta afirmación es mayor entre las mujeres con menos de 50 años, y que va disminuyendo de forma importante en la franja de 50 a 59 años y en las mayores de 60 años. Tampoco en este caso se encontraron diferencias significativas ($\chi^2 = 13,273$; $p = 0,209$).

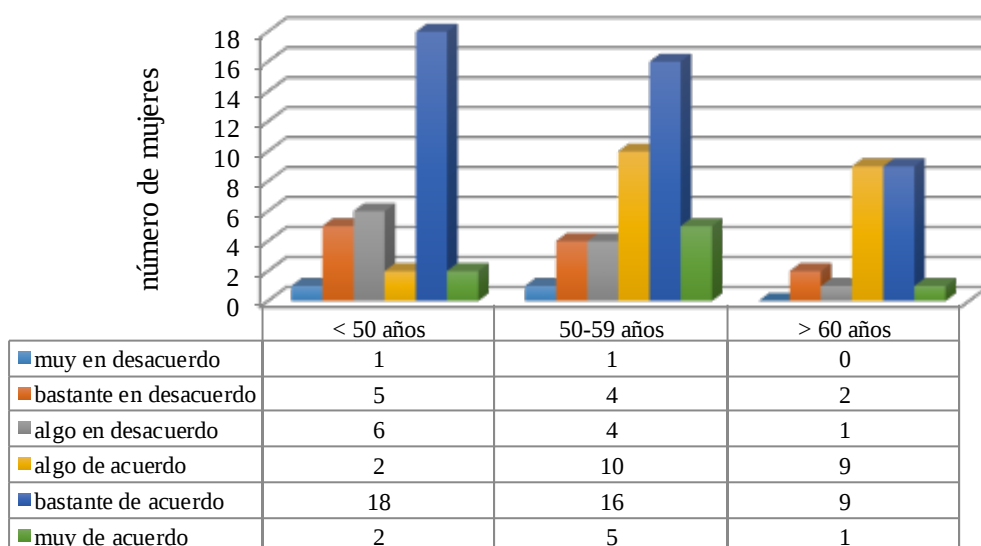


Figura 81. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Los demás juegan un papel importante en mi enfermedad, en que mejore, esté estable o empeore*, agrupadas en función de la edad de las pacientes.

Continuando con la misma pregunta, *Los demás juegan un papel importante en mi enfermedad* (figura 82), pero agrupando en este caso las respuestas en función de su estado civil, se puede ver que las mujeres tienden a mostrar su acuerdo con esta afirmación independientemente de su estado civil ($\chi^2 = 21,778$; $p = 0,114$). Las diferencias son mucho más llamativas en el grupo de las mujeres casadas o que viven en pareja, en las que algo más de la mitad de ellas (51,8%) señala estar *bastante de acuerdo*,

lo que seguramente tiene relación con esa situación de pareja en la que conviven y que ocupa un lugar preponderante en su vida.

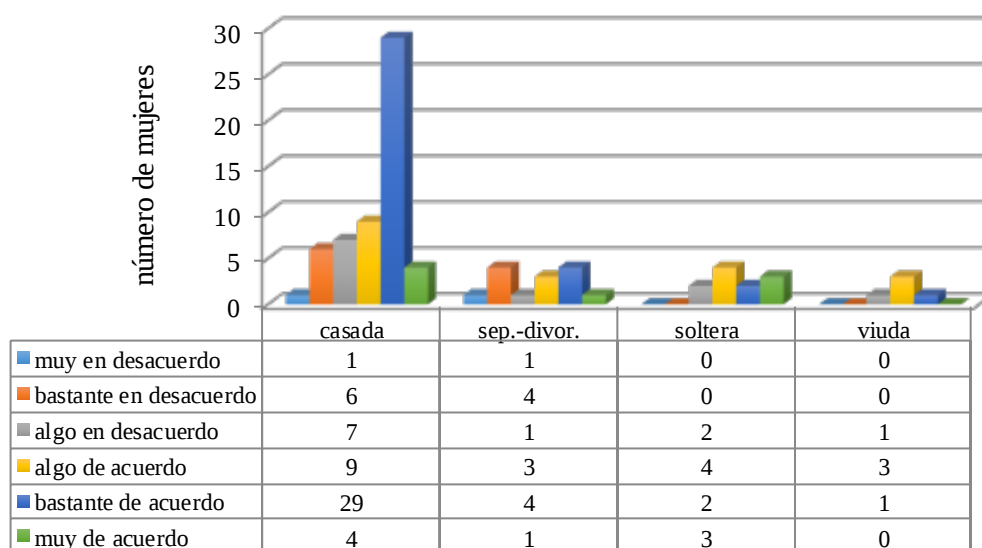


Figura 82. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Los demás juegan un papel importante en mi enfermedad, en que mejore, esté estable o empeore* agrupadas en función del estado civil de las pacientes

Cuando la agrupación de las respuestas se hace en función de si tienen o no hijos (figura 83), se puede observar cómo en aquellas mujeres que no tienen hijos las respuestas están más repartidas. Sin embargo, entre aquellas que sí los tienen, existe una mayoría importante que considera estar *bastante de acuerdo* con que los demás juegan un papel importante en su enfermedad (50%), aunque tampoco en este caso se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2 = 10,048$; $p = 0,074$).

Cuando el factor a tener en cuenta es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor (figura 84), se puede observar como en todas las franjas de tiempo desde el diagnóstico la respuesta mayoritaria es *bastante de acuerdo*, que supone el 45% del total de mujeres encuestadas cuando el tiempo transcurrido desde el diagnóstico es de 12 meses; el 55% si han pasado entre 13 y 24 meses; el 43,8% cuando el tiempo desde el diagnóstico es de 25-48 meses, llegando hasta el 40,0% cuando han pasado

más de 4 años. El estudio estadístico realizado tampoco detectó diferencias significativas entre los tres grupos ($\chi^2 = 8,489$; $p=0,903$).

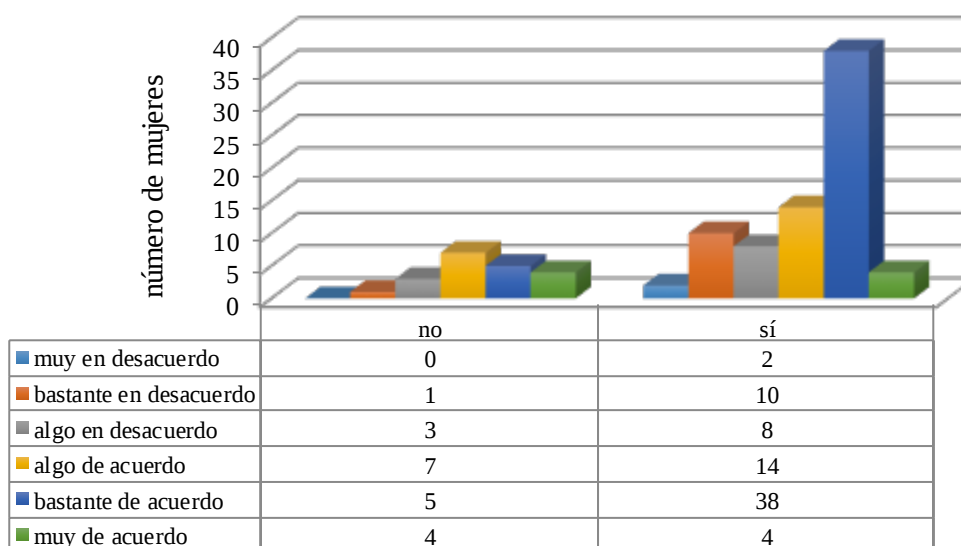


Figura 83. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Los demás juegan un papel importante en mi enfermedad, en que mejor, esté estable o empeore*, agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

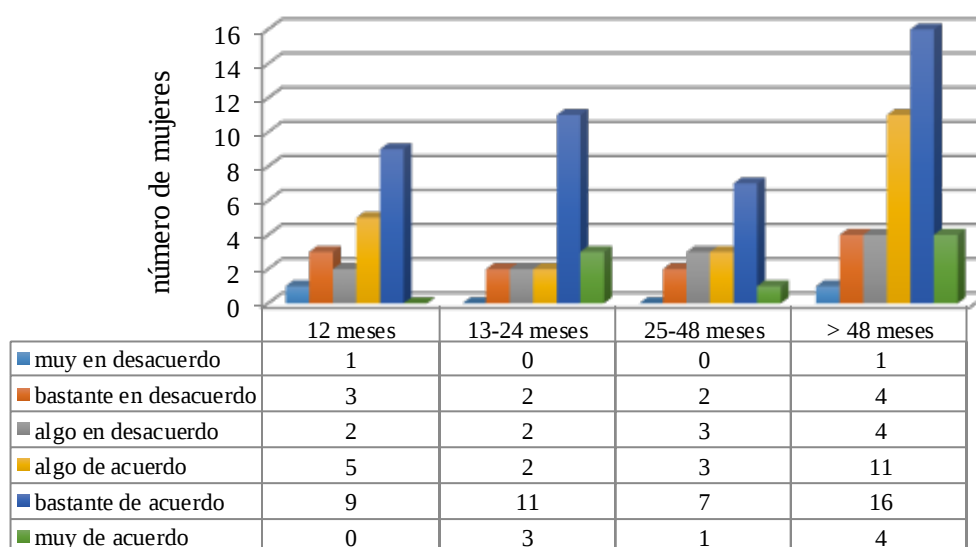


Figura 84. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Los demás juegan un papel importante en mi enfermedad, en que mejor, esté estable o empeore*, agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor.

Si esta misma pregunta se relaciona con el pronóstico del tumor proporcionado por las propias pacientes (figura 85), la distribución de las respuestas tiende a ser bastante similar en los 3 grupos, siendo de nuevo la respuesta mayoritaria *bastante de acuerdo*, no observándose diferencias significativas en este caso ($\chi^2 = 8,504$; $p = 0,580$).

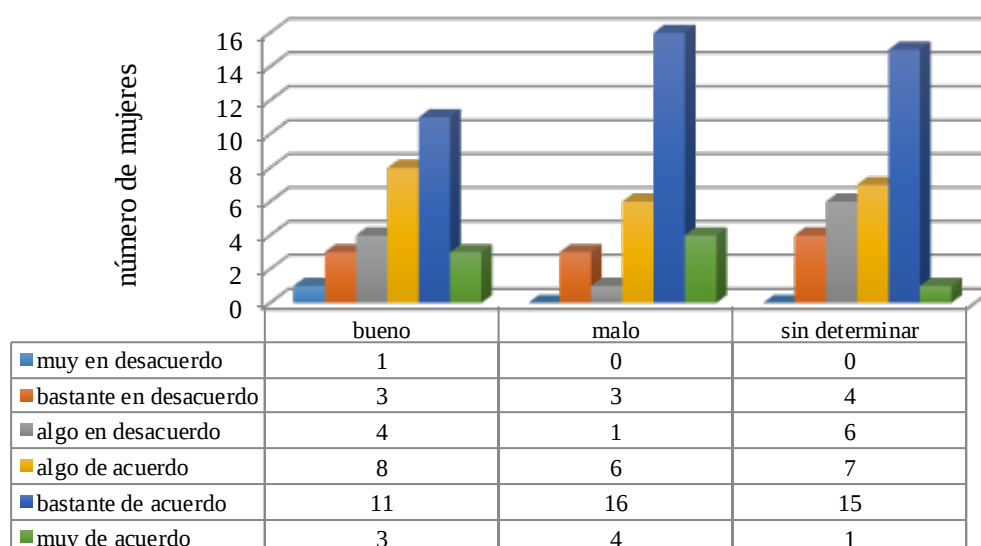


Figura 85. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Los demás juegan un papel importante en mi enfermedad, en que mejore, esté estable o empeore*, agrupadas en función del pronóstico del tumor.

Al relacionar la pregunta con los periodos de revisión de las pacientes (figura 86), tiende a predominar el acuerdo con esta afirmación en todos los grupos: la respuesta mayoritaria es *bastante de acuerdo*, excepto en el grupo en el que el periodo de revisión es de 1 año, en el que la predominante es *algo de acuerdo*. El estudio estadístico realizado no detectó tampoco diferencias significativas ($\chi^2 = 14,513$; $p = 0,502$).

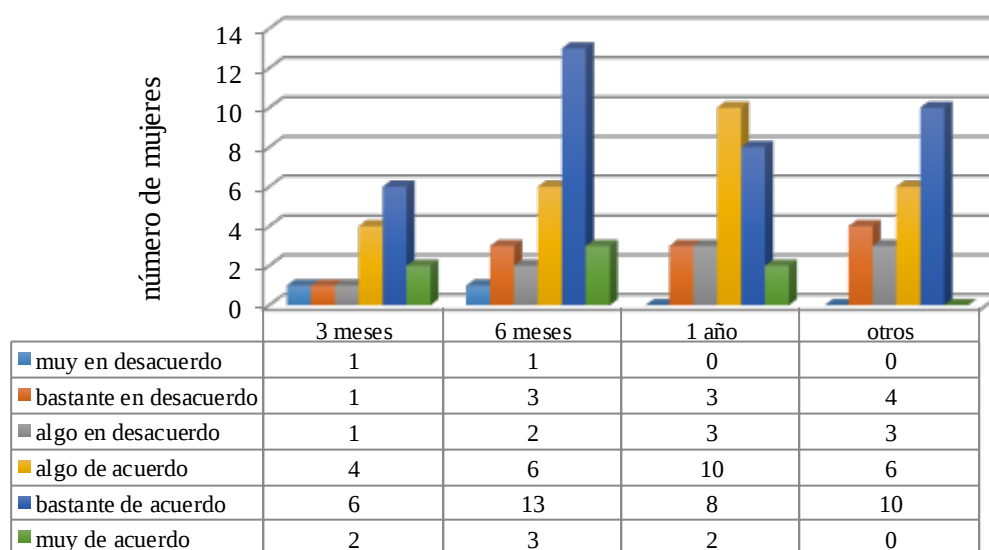


Figura 86. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Los demás juegan un papel importante en mi enfermedad, en que mejor, esté estable o empeore* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes.

En la pregunta siguiente, que está muy relacionada con la anterior, en la que se las interrogaba acerca de si para ellas el tipo de ayuda recibida es determinante, la mayor parte de las mujeres que respondieron (2 personas no lo hicieron) muestran su acuerdo con la afirmación (figura 87). De hecho, aproximadamente tres cuartas partes de las mujeres estuvieron de acuerdo con la afirmación: el 26,0% está *algo de acuerdo*; un 30,2% está *bastante de acuerdo* y un 17,7% *muy de acuerdo*. Por lo que respecta al resto de mujeres, el 15,6% mostró *algo de desacuerdo*; y un 10,4% *bastante desacuerdo*.

En relación a la ayuda proporcionada dentro de la familia (figura 88), ésta es muy importante para las mujeres encuestadas. Así, el 75,5% manifestaron que dentro de ella se ayudan unos a otros. En este sentido, y relacionada con esta pregunta, al interrogarlas acerca de si muchas veces tienen la impresión de estar sólo pasando el rato en su casa, la mayoría (69,4%) manifiesta no tener esta impresión (figura 89). Sin embargo, cuando en la pregunta 4 de la encuesta (figura 27) las mujeres responden a la afirmación de que incluso cuando están con gente se sienten solas, un número importante de ellas contestaron que *un poco* (28 mujeres; 28,6%) y

algunas contestaron que *bastante* (19 mujeres; 19,4%). Es importante darse cuenta de la bipolaridad en las respuestas de ambas preguntas, pues por una parte afirman que no piensan que estén pasando el rato mientras que por otra parte reconocen sentirse solas a pesar de estar acompañadas.

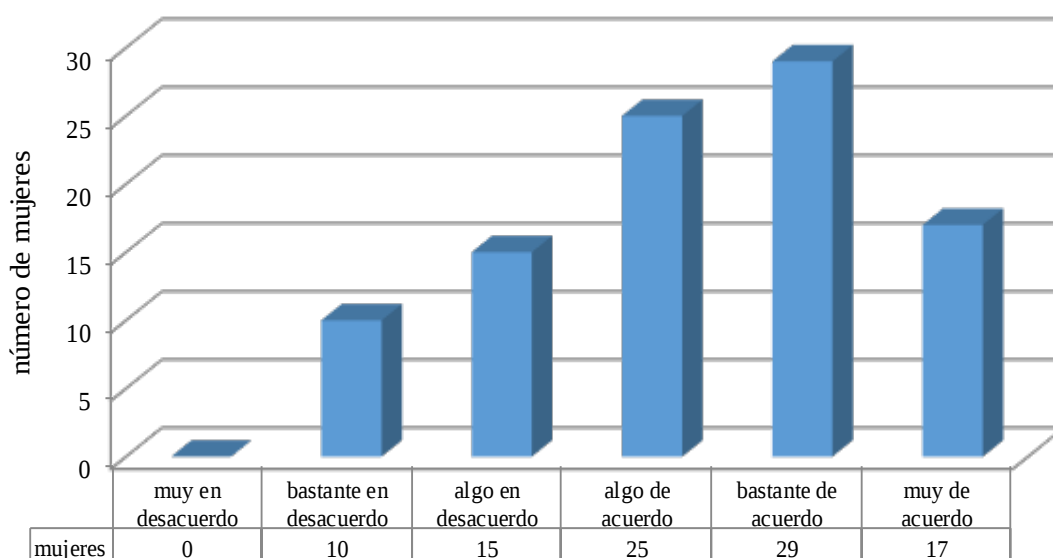


Figura 87. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *El tipo de ayuda que recibo de otros es determinante.*

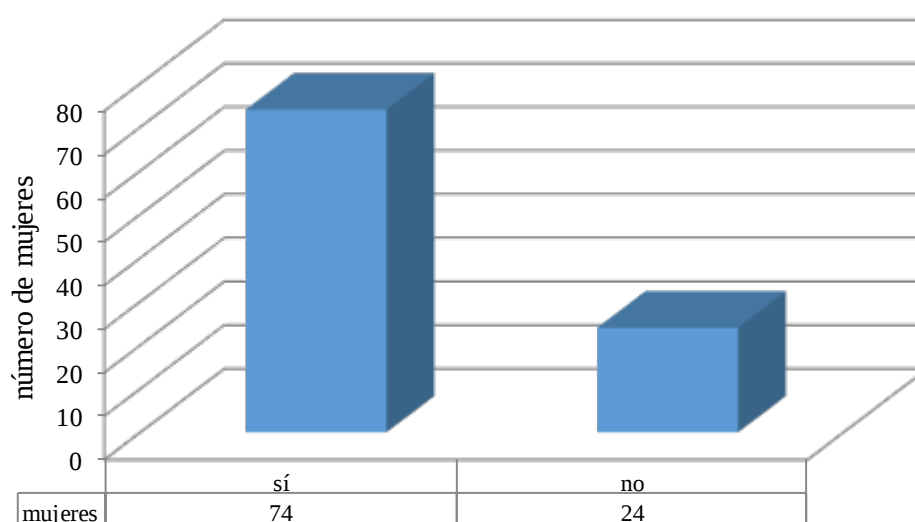


Figura 88. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su familia, ¿se ayudan y apoyan unos a otros?*

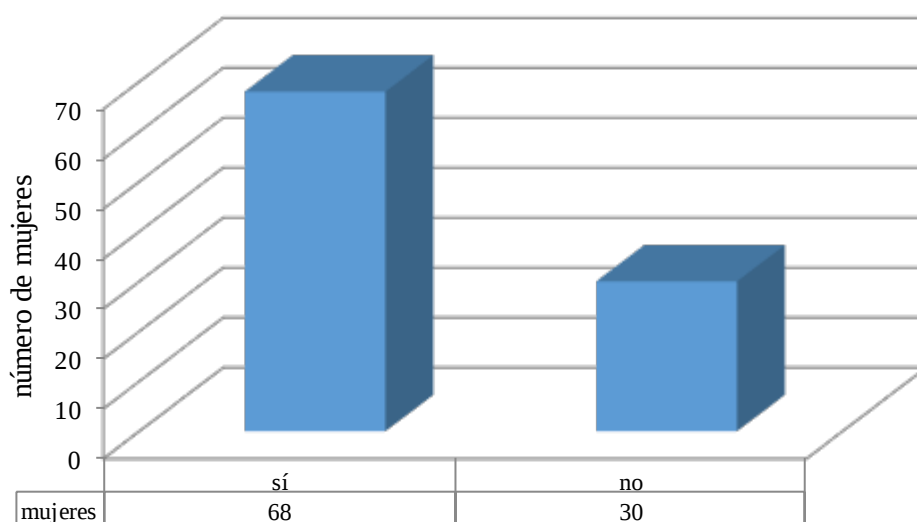


Figura 89. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Muchas veces ¿le da la impresión de que en casa están solo pasando el rato?*

La tendencia es muy similar en las respuestas obtenidas en la siguiente pregunta, en la que se les interrogaba acerca de si en su casa hablaban abiertamente a la hora de dar su opinión o mostrar sus deseos (lo que probablemente también incluye su enfermedad), respondiendo el 68,4% que hablan abiertamente de todo (figura 90). Eso no implica que, al desahogarse, no se pueda molestar a alguno de los miembros de la familia, manifestando el 41,8% que también se daba esta situación (figura 91).

Cuando esta última pregunta se relaciona con la edad de las pacientes (figura 92), aunque en las 3 franjas de edad consideradas la respuesta mayoritaria es *no*, las respuestas afirmativas y negativas están bastante igualadas entre las mujeres con edades inferiores a los 50 años o comprendidas entre los 50 y los 59 años, mientras que las mayores de 60 años ven menos dificultades a la hora de desahogarse sin molestar a las personas más cercanas, aunque el estudio estadístico realizado no detectó diferencias significativas entre los grupos considerados ($\chi^2 = 1,180$; $p = 0,554$).

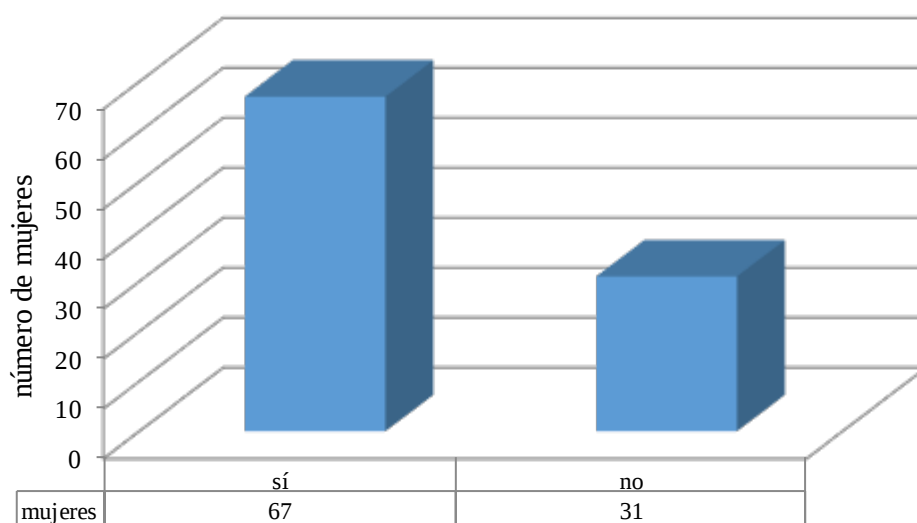


Figura 90. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su casa ¿hablan abiertamente de lo que les parece o quieren?*

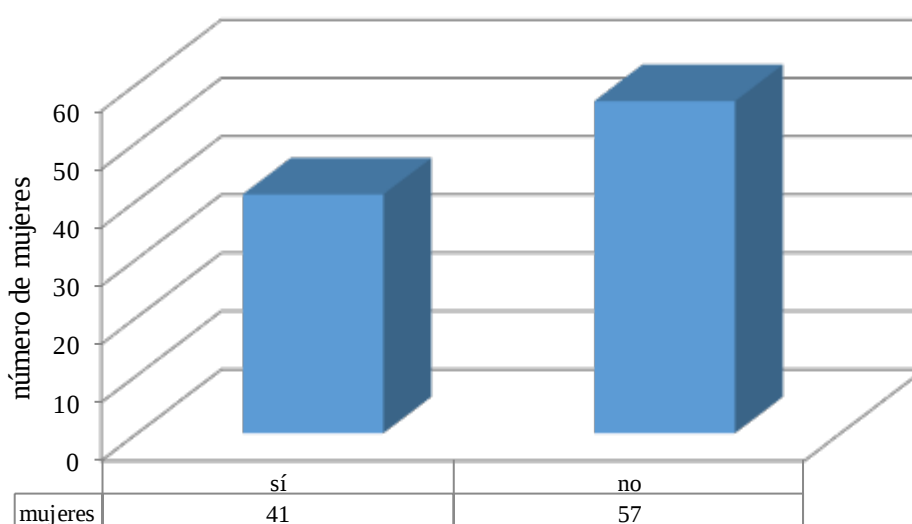


Figura 91. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su familia ¿es difícil desahogarse sin molestar a todo el mundo?*

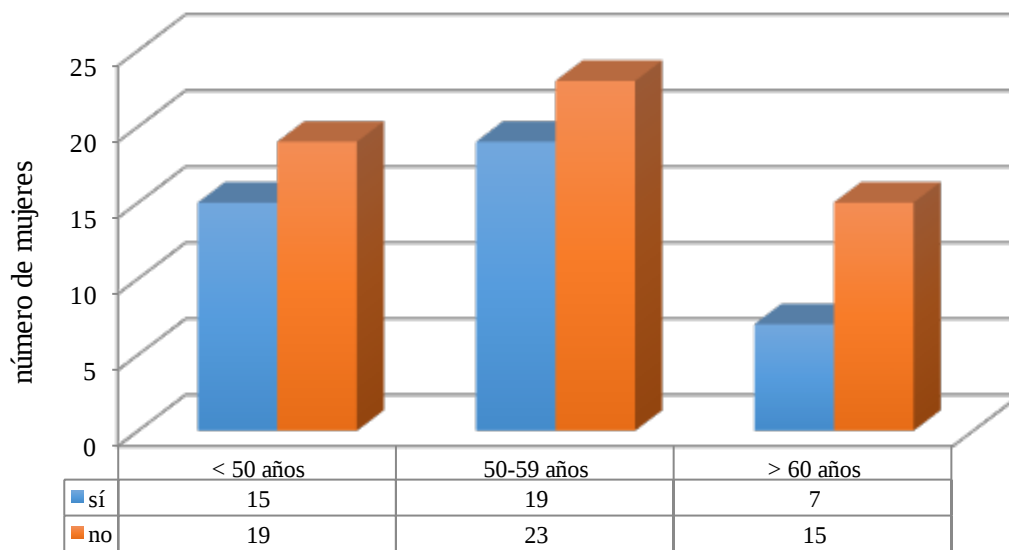


Figura 92. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su familia ¿es difícil desahogarse sin molestar a todo el mundo?* agrupadas en función de la edad de las pacientes.

Al relacionar las respuestas con el estado civil de las pacientes (figura 93), sorprende como sólo en el caso de las mujeres casadas o que viven en pareja es mayoritaria la respuesta afirmativa, tendencia que no se repite en aquellas que no conviven habitualmente en pareja (separadas-divorciadas, solteras o viudas). El estudio estadístico realizado sí detectó en este caso diferencias significativas ($\chi^2 = 12,993$; $p = 0,005$). Cuando existe convivencia entre dos personas, la libertad de una acaba donde empieza la de su pareja. Evaluar el estado emocional propio y atender al del otro requiere de la necesidad de comprensión por parte de ambos interlocutores. Sin embargo, la persona que vive sola no necesita de ese grado de asimilación, pues no se encuentra expuesta a los conflictos que surgen de la convivencia.

Algo parecido ocurre cuando la pregunta se correlaciona con el hecho de que las mujeres tengan o no hijos (figura 94). Aunque tanto entre las mujeres que tienen hijos como entre las que no los tienen predomina la opinión de que no les resulta difícil desahogarse dentro de su círculo más cercano, llama la atención como ambas respuestas están muy igualadas en el grupo de mujeres que tienen hijos ($\chi^2 = 5,704$; $p = 0,017$). Resulta evidente pensar que la maternidad asume un punto de benevolencia en las opiniones para preservar el bienestar de quien las recibe, que son su bien máspreciado: sus hijos. Ante tal situación, es la madre quien cree tener la obligación de escuchar de forma pasiva y sin reaccionar ante determinadas circunstancias para evitar el conflicto. Por tanto, queda claro que existe por parte de las mujeres con hijos un intento de manejar constructivamente sus propias emociones para evitar sentimientos como enfado, miedo o temor en estos.

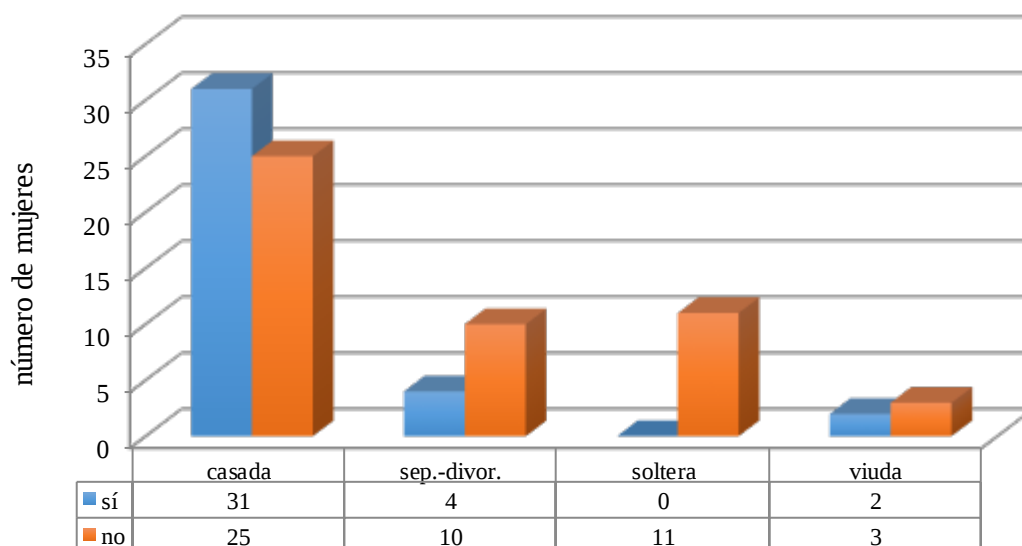


Figura 93. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su familia ¿es difícil desahogarse sin molestar a todo el mundo?* agrupadas en función del estado civil de las pacientes.

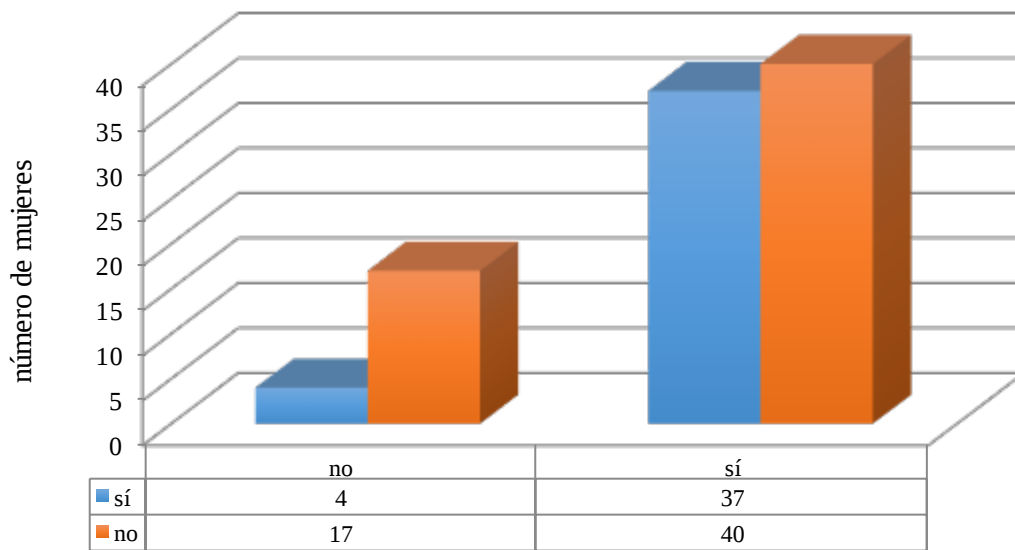


Figura 94. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su familia ¿es difícil desahogarse sin molestar a todo el mundo?* agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

Si lo que se tiene en cuenta es el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad, en la figura 95 se puede ver que, de nuevo, en este caso no existe un predominio claro de una respuesta u otra cuando el tiempo que ha transcurrido es inferior a 48 meses, mientras que para aquellas mujeres para las que ya han pasado más de cuatro años desde el diagnóstico del cáncer resulta más fácil desahogarse sin molestar a los demás, probablemente por la dimensión experimentada sobre la aceptación de la enfermedad al haber pasado más tiempo. El estudio estadístico realizado no detectó diferencias significativas entre los distintos tiempos transcurridos desde el diagnóstico ($\chi^2 = 3,057$; $p = 0,383$).

Cuando lo que se tuvo en cuenta fue el pronóstico de la enfermedad indicado por las mujeres (figura 96), en aquellas en las que el pronóstico era *bueno*, la respuesta afirmativa y la negativa se igualan. En las mujeres con un pronóstico *malo* o *indeterminado* es algo superior el número de mujeres que han señalado que no les resulta difícil desahogarse sin molestar a todo el mundo, no detectándose se detectaron diferencias significativas entre los grupos considerados ($\chi^2 = 0,927$; $p = 0,629$).

Finalmente, si lo que se tiene en cuenta es el periodo de revisión de su enfermedad (figura 97), se puede ver que cuando este periodo se amplía hasta los seis meses o más las mujeres tienen menos problemas para desahogarse sin molestar a sus personas más cercanas, lo que probablemente esté relacionado con el hecho de que al espaciarse las revisiones, la enfermedad está menos presente en su día a día y eso les hace sentir una menor carga emocional que tener que compartir. El estudio estadístico realizado no detectó tampoco aquí diferencias significativas ($\chi^2 = 1,503$; $p = 0,682$).

Por otro lado, al preguntarles sobre si en su casa comentaban los problemas personales (figura 98), los resultados van en el mismo sentido que varias de las preguntas anteriores: el 69% respondió afirmativamente, haciéndose evidente la necesidad de estas mujeres de verbalizar su situación con respecto a la enfermedad para intentar de esta manera liberar el estrés emocional que las supone.

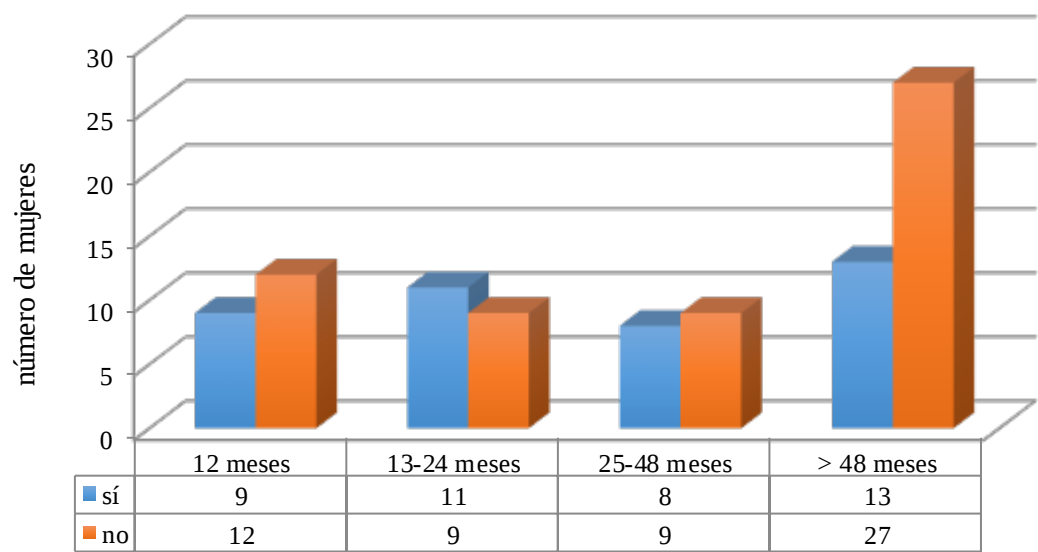


Figura 95. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su familia ¿es difícil desahogarse sin molestar a todo el mundo?* agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

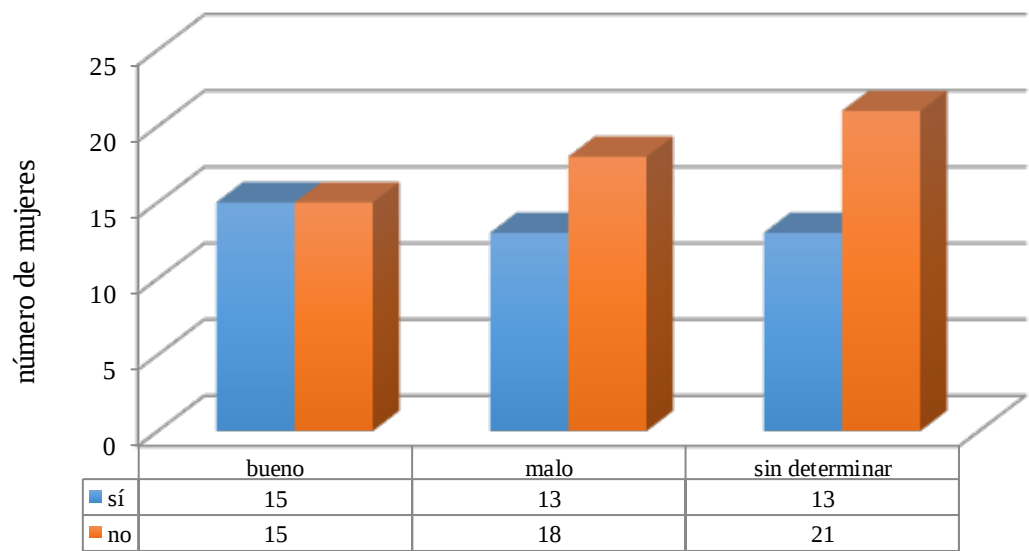


Figura 96. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su familia ¿es difícil desahogarse sin molestar a todo el mundo?* agrupadas en función del pronóstico del tumor.

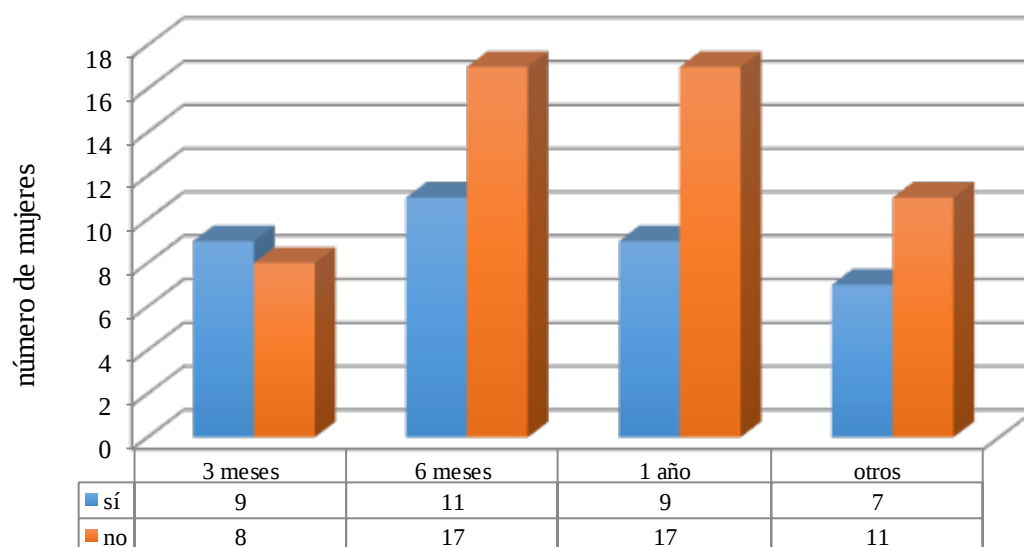


Figura 97. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su familia ¿es difícil desahogarse sin molestar a todo el mundo?* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes.

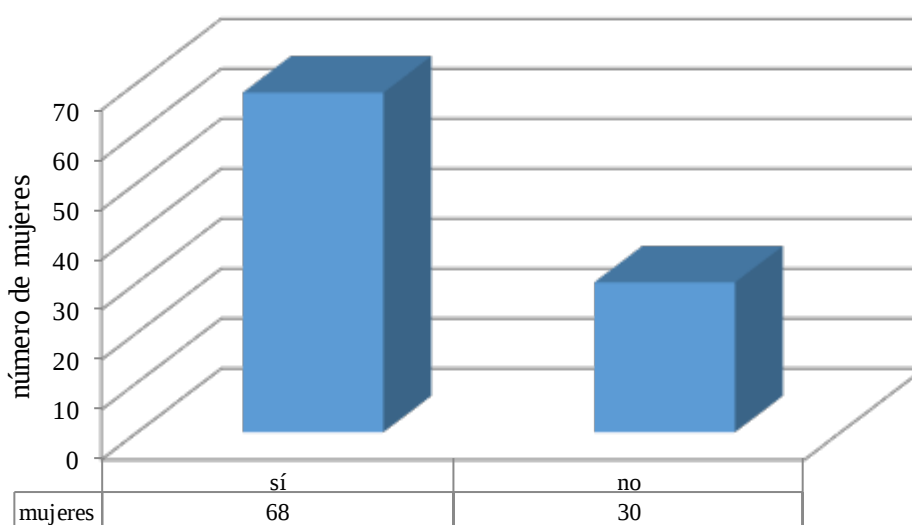


Figura 98. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su casa ¿comentan sus problemas personales?*

No obstante, al comentarles si en su familia, cuando algún miembro de ésta se quejaba, siempre había algún otro que se sentía atacado, casi la mitad (45,9%) respondió de forma afirmativa (figura 99).

El porcentaje de respuestas afirmativas se redujo al formularles la pregunta en relación a si, al haber un desacuerdo en la familia, todos se esforzaban por suavizarlo, a lo que la mayoría de las mujeres (61,2%) contestó de forma negativa (figura 100), aunque la mayor parte de las mujeres (81,6%) respondieron que realmente se llevaban bien unos con otros (figura 101).

En otra de las preguntas planteadas en relación a si en su familia expresaban sus opiniones de forma frecuente y espontánea, únicamente el 58,2% respondió de forma afirmativa (figura 102). De todo esto se desprende la idea de que la convivencia familiar viene determinada por el funcionamiento del sistema: la idea de sistema nos hace entender que cada familia es un grupo particular, con sus interacciones específicas, donde todos y cada uno de los sujetos y sus interacciones e influencias van a determinar la convivencia familiar. En todo sistema hay momentos de desajuste y/o desequilibrio. Las claves para reequilibrarlo están en unas fuerzas comunes basadas en el respeto, la colaboración, los afectos y las habilidades emocionales de sus miembros.

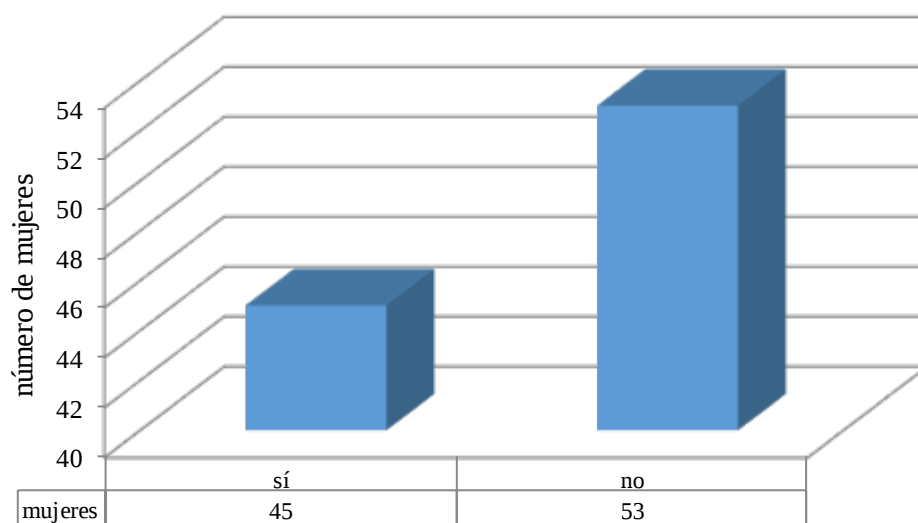


Figura 99. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su familia, cuando uno se queja ¿siempre hay otro que se siente atacado?*

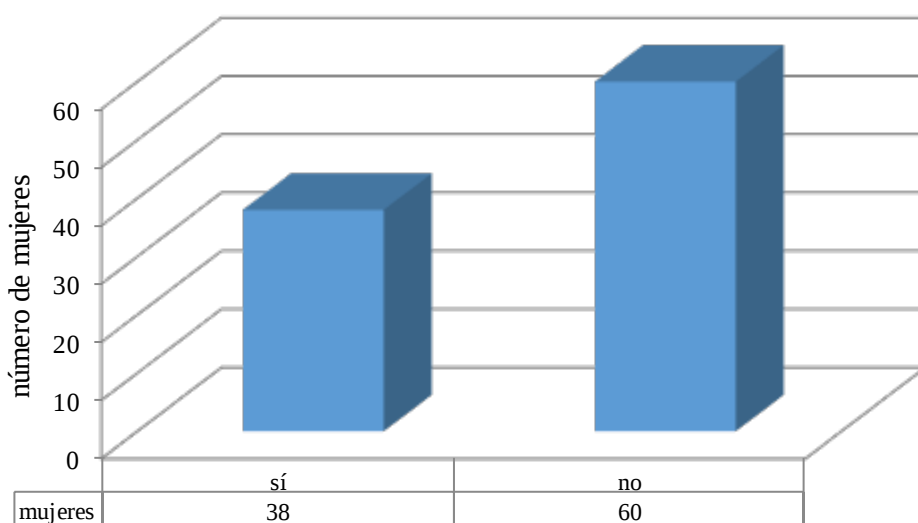


Figura 100. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Si en su familia hay desacuerdo ¿todos se esfuerzan para suavizarlo?*

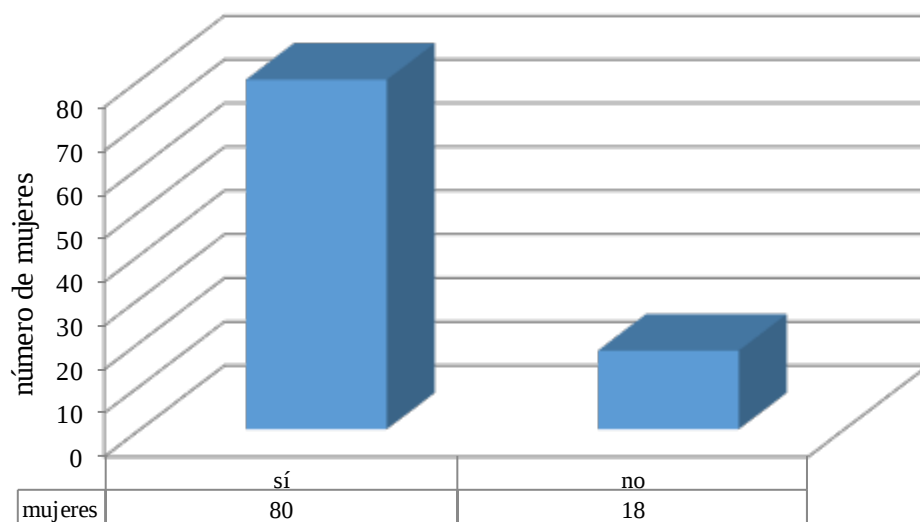


Figura 101. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Realmente ¿se llevan bien unos con otros?*

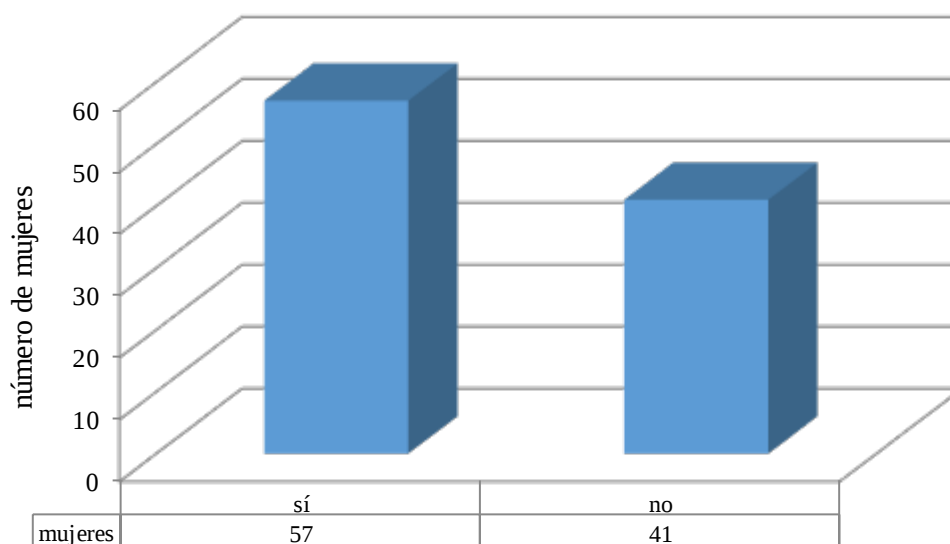


Figura 102. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En su casa ¿expresan sus opiniones de forma frecuente y espontánea?*

En este mismo bloque, y también relacionadas con su familia, se hicieron dos preguntas referidas a su niñez, pues es en esta época de la vida cuando se conforma en su mayoría la personalidad del individuo. En una de ellas se les preguntó acerca de si cuando eran niñas habían sido alguna vez descaradas con sus padres, a lo que mayoritariamente respondieron que *no* (90,8%) (figura 103), acatando además las órdenes que recibían de forma inmediata y sin protestar el 88,8% de ellas (figura 104). Estas respuestas dejan entrever una personalidad dependiente, y su principal característica es la necesidad clara de que se ocupen de ellas, lo que ocasiona un comportamiento de adhesión y temores a la separación. Estos comportamientos sumisos surgen de la percepción de la propia mujer de no funcionar adecuadamente sin la ayuda de los demás. Las mujeres con esta personalidad tienen a menudo grandes dificultades para tomar decisiones cotidianas si estas no se ven apoyadas por los demás. Se convierten en seres pasivos que permiten que los demás tomen las decisiones por ellas. Esta necesidad de que los demás asuman sus responsabilidades va más allá de lo que podemos denominar *apropiado*, sobre todo cuando existe una enfermedad a la que enfrentarse, y que si no es de forma directa y tomando conciencia de la misma, no tendrá solución.

Por lo que respecta a cómo describen ellas mismas su relación con su pareja desde que apareció su enfermedad, de aquellas que respondieron (un 12,2% no lo hicieron) la mayor parte no da una buena valoración a esta relación, pues para el 44,2% su relación de pareja era *pobre*; siendo considerada *muy pobre* por el 27,9%. Tan sólo para el 16,3% de las mujeres la relación era *acertada* y para el 11,6% *buena* (figura 105).

Podría surgir entonces el interrogante de pensar que si los demás juegan un papel importante en su enfermedad, por qué la valoración dada por ellas acerca de sus relaciones es entonces negativa. La realidad es que presentan un constante sentimiento de dependencia de los demás, en especial de su pareja, que no tiene por qué ser correspondido. Son ellas las que creen necesitar el constante consentimiento de quien las rodea, no percibiéndolo así su entorno. De esta manera, se produce un sentimiento negativo en ellas al no sentir cubiertas sus expectativas de que sean los demás quienes las brinden un apoyo que ellas no demandan de forma clara.

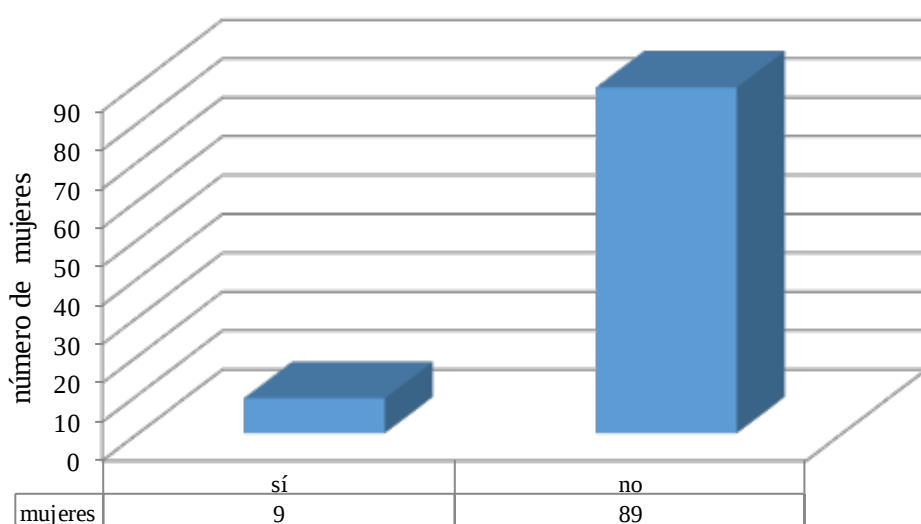


Figura 103. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Cuando era niña ¿fue alguna vez descarada con sus padres?*

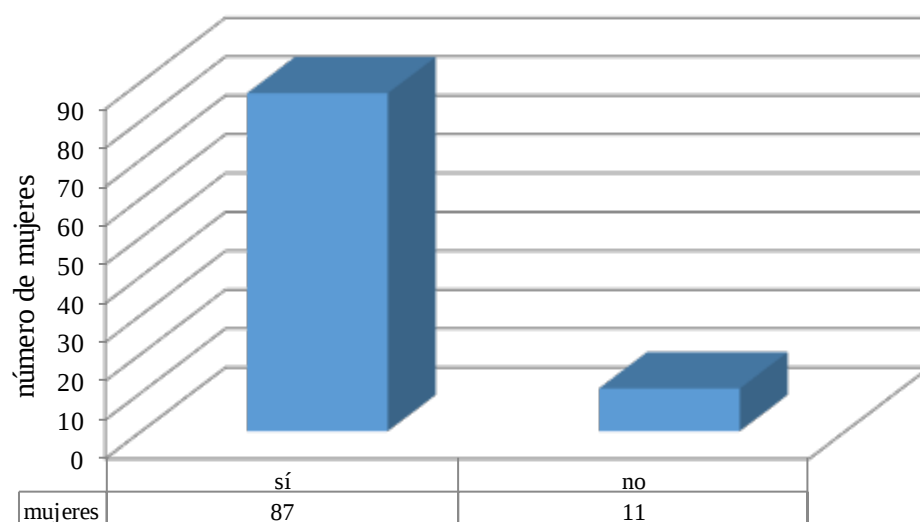


Figura 104. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Cuando era niña ¿acataba las órdenes inmediatamente y sin protestar?*

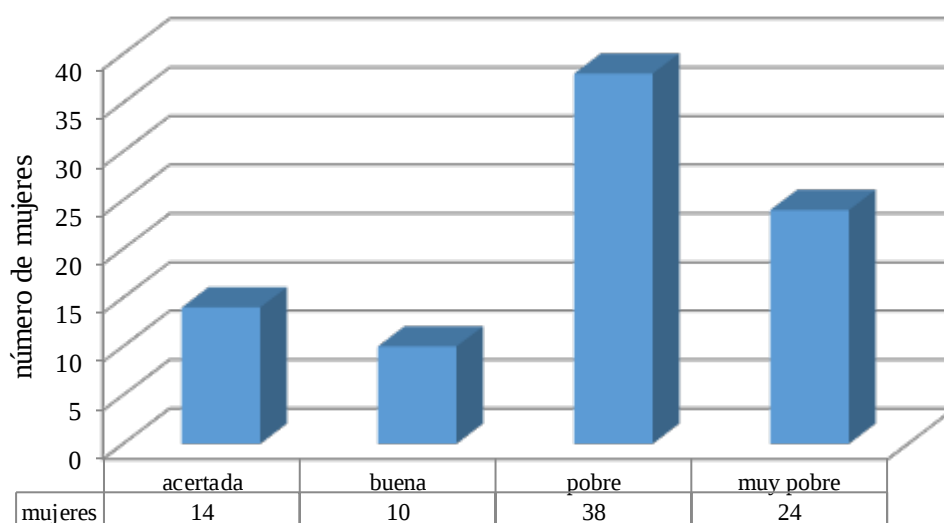


Figura 105. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿Cómo definiría la relación con su pareja desde su enfermedad?*

En cuanto a la relación que mantenían con sus hijos, de aquellas que los tenían, era mejor que la descrita para con sus parejas. Así el 48,4% de aquellas que respondieron a la pregunta mantenían una relación *acertada* con ellos y un 35,2% una buena relación, mientras que tan solo para el 7,7% y el 8,8% la relación era *pobre* o *muy pobre*, respectivamente (figura 106).

Por otro lado, a la pregunta acerca de la ayuda proporcionada por la familia en aquellas áreas en las que les había afectado su enfermedad, como se puede ver en la figura 107, la mayoría de las que contestaron (tan sólo 2 mujeres no lo hicieron) dijeron que, aunque lo habían intentado (55,2%), habían quedado cosas por hacer, manifestando el 17,7% que no habían sido capaz de ayudarlas. En otro sentido respondieron el resto de mujeres, indicando el 16,7% que no había acontecido ningún problema, o bien que lo habían hecho muy bien (10,4%). De nuevo se repite la situación manifestada en otras preguntas: aunque los demás son importantes para ellas, no son capaces de responder de la manera que ellas esperan o necesitan.

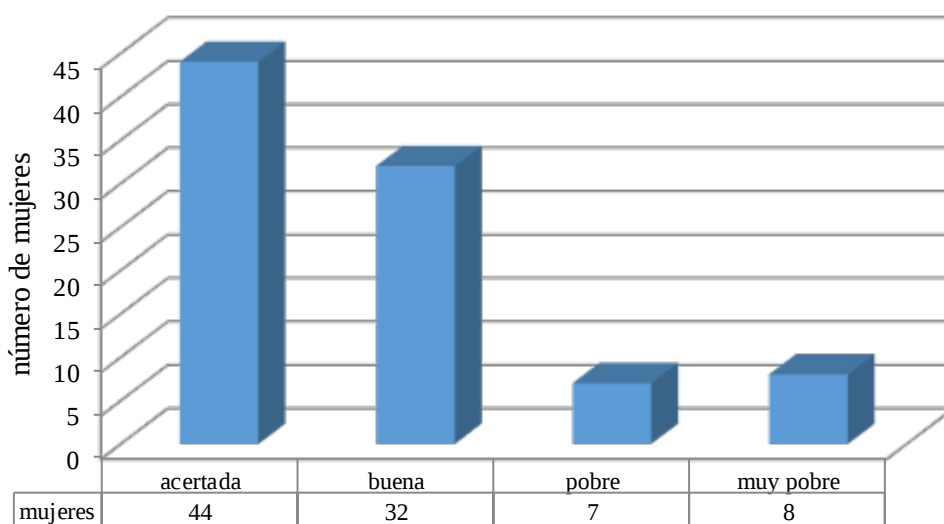


Figura 106. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿Y con sus hijos?*

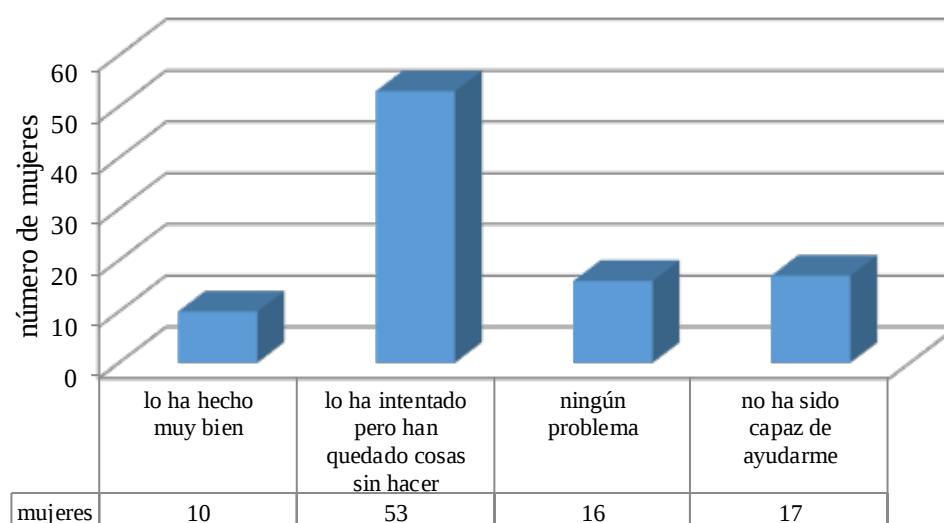


Figura 107. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En las áreas donde le ha afectado su enfermedad ¿cómo le ha ayudado su familia?*

Otro aspecto en el que se pueden ver las consecuencias del cáncer de mama que han sufrido es la comunicación con el resto de miembros de la familia. A la pregunta acerca de si había disminuido la comunicación con los miembros de su familia, entre aquellas que respondieron a la pregunta (4 mujeres no contestaron) las respuestas están muy diversificadas, si bien tan sólo un 28,7% contestó que ésta no había disminuido. Un porcentaje casi similar (27,7%) indicó que se encontraban solas y un 20,2% respondió que algo les alejaba de ellos; mientras que un 23,4% manifestó que la comunicación se había alterado ligeramente (figura 108). Como se vio con anterioridad en las preguntas que hacían referencia a la relación con la pareja o incluso con los hijos, la familia es un sistema que posee sus mecanismos de ajuste, entre los que se encuentra la comunicación. Cuando una parte de este sistema se resiente, se produce una reacción en cadena que afecta a todo lo demás.

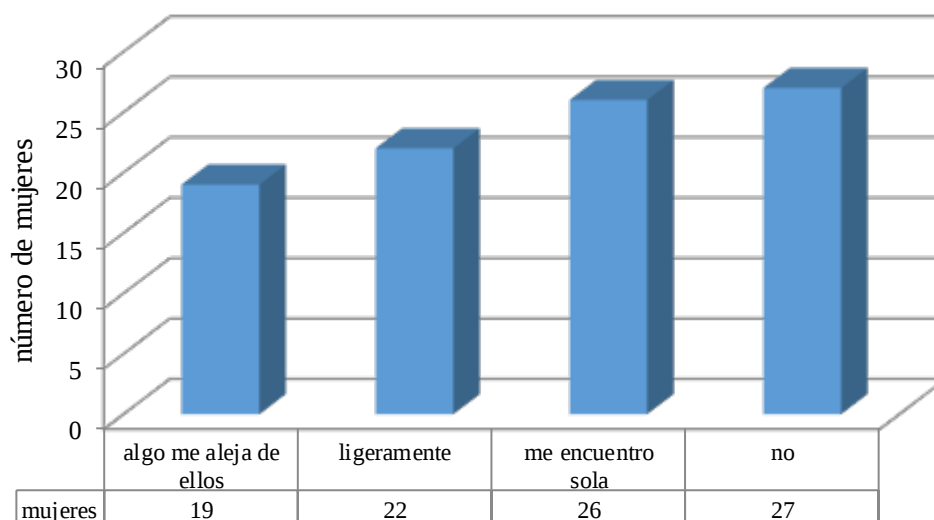


Figura 108. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *¿Ha disminuido la comunicación entre Ud. y su familia?*

Por lo que respecta a las puntuaciones obtenidas en este bloque, el valor medio fue de $20,01 \pm 4,09$ puntos; con un valor mínimo de 9 y un máximo de 28. En este caso, los grupos diferenciados fueron los siguientes:

- a) Grupo I: mujeres cuyas puntuaciones se encuentran comprendidas entre 9 y 15 puntos (formado por 6 participantes). Se trata de mujeres que muestran una gran independencia en diversos aspectos de su vida, lo que las permite trabajar con ellas mismas sus estilos de afrontamiento y avanzar en las respuestas obtenidas a su propio proceso, que suelen ser casi siempre positivas.
- b) Grupo II: pacientes cuyas puntuaciones están comprendidas entre 15 y 24 puntos (conformado por 84 mujeres, el 85,7% de las participantes). A la hora de tener en cuenta a la mujer diagnosticada de un cáncer de mama, no podemos olvidar que a menudo no sólo ella se ve implicada en su proceso patológico, sino que, por lo general, habrá miembros de su familia implicados en éste que, de alguna manera, hagan que la mujer no sea del todo libre. Se trata pues de una mujer interdependiente con su entorno. La aceptación del diagnóstico, del

tratamiento y de sus efectos adversos exigen la necesidad de adaptación de la paciente y de sus allegados. El estrés que implícitamente acompaña a todo el proceso puede alterar y, de hecho, lo hace, en las mujeres incluidas en este grupo, las relaciones familiares. De esta manera, se puede decir que este grupo de mujeres arrastra un “lastre” que, de alguna manera y si no está bien orientado, no hará sino dificultar su evolución positiva.

- c) Grupo III: pacientes cuyas puntuaciones toman un valor superior a 24 puntos y que está conformado por 8 mujeres. Se trata precisamente de mujeres que tienen una relación familiar totalmente dependiente, y no sólo de su familia, sino que también van a depender de amigos e incluso conocidos y de la opinión de cualquiera que quiera dársela. De esta manera, no van a tener prácticamente ninguna posibilidad de realizar una toma de decisiones conscientes y voluntarias para lograr estrategias de afrontamiento lo más mínimamente efectivas.

El estudio estadístico realizado indicó que existían diferencias significativas entre los tres grupos considerados (test de la U de Mann-Whitney, $p > 0,05$).

BLOQUE IV

Las preguntas del siguiente bloque tratan de definir y valorar las respuestas de afrontamiento desadaptativas que pueden estar siendo utilizadas por las pacientes. Este tipo de respuestas se resumen según García-Campayo (2012) en las siguientes:

- | | |
|------------------|----------------------|
| - Negación | - Formación reactiva |
| - Proyección | - Represión |
| - Desplazamiento | - Identificación |
| - Regresión | - Racionalización |

- Sublimación
- Aislamiento
- Compensación

En la primera de las cuestiones, al comentarles si habían intentado hablar con alguien para encontrar una solución (figura 109), la gran mayoría (77,6%) respondió que *algunas veces*; el 7,1% lo había intentado *a menudo* y el 5,1% *casi siempre*. En el otro extremo de las posibles respuestas se situó un pequeño porcentaje de mujeres: el 9,2% no lo había intentado *nunca* y el 1,0% *rara vez*.

Es interesante comprobar cómo la mayor parte de estas mujeres se han culpado a sí mismas de padecer su enfermedad en mayor o menor grado: el 36,7% se culpaba *casi siempre*; el 16,3% lo hacía *a menudo* y otro 14,3% *algunas veces*; mientras no lo hacían *nunca* o *rara vez* el 17,3 y el 15,3%, respectivamente (figura 110).

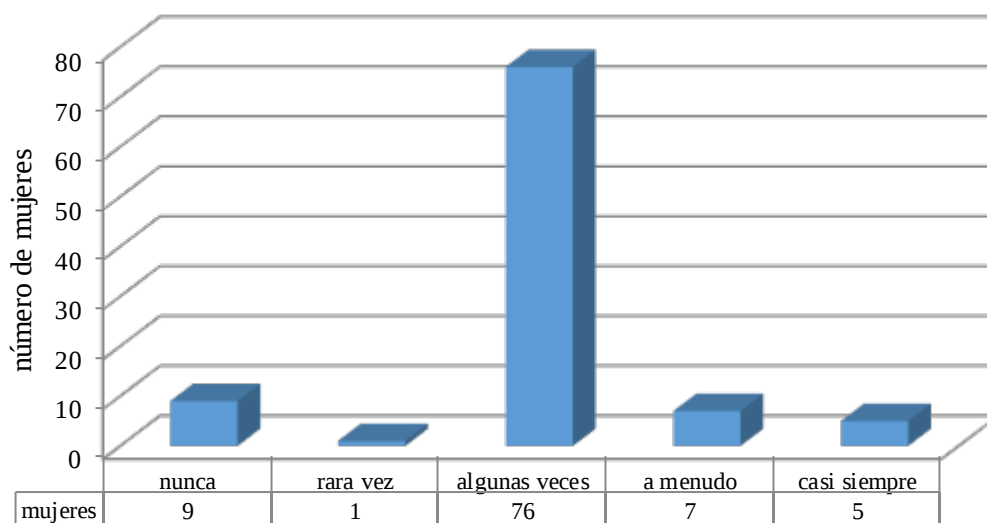


Figura 109. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He hablado con alguien para poder encontrar una solución*.

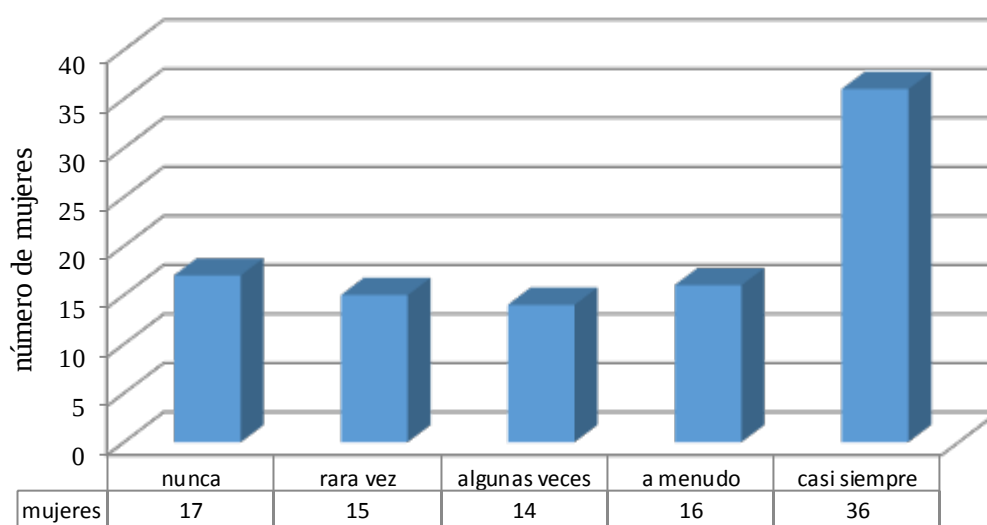


Figura 110. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Me he culpado a mí misma*.

Al preguntarlas acerca de si habían considerado diferentes soluciones al problema (figura 111), la mayor parte de ellas respondieron de forma afirmativa también en mayor o menor grado, haciéndolo el 35,7% *algunas veces*; el 20,4% *a menudo* y el 21,4% *casi siempre*, si bien otro 10,2% buscó soluciones *rara vez* y un 12,2% no lo hizo *nunca*.

Cuando en la siguiente pregunta se les interrogó acerca de si habían deseado cambiar lo que les había ocurrido (figura 112), la mayor parte de ellas contestó, como se esperaba, o bien que lo había deseado *a menudo* (51,0%) o bien *casi siempre* (24,5%). Este deseo lo habían tenido también *algunas veces* otro 19,4% de las mujeres encuestadas, mientras que lo habían tenido *rara vez* o *nunca* un pequeño porcentaje (3,1 y 2,0%, respectivamente).

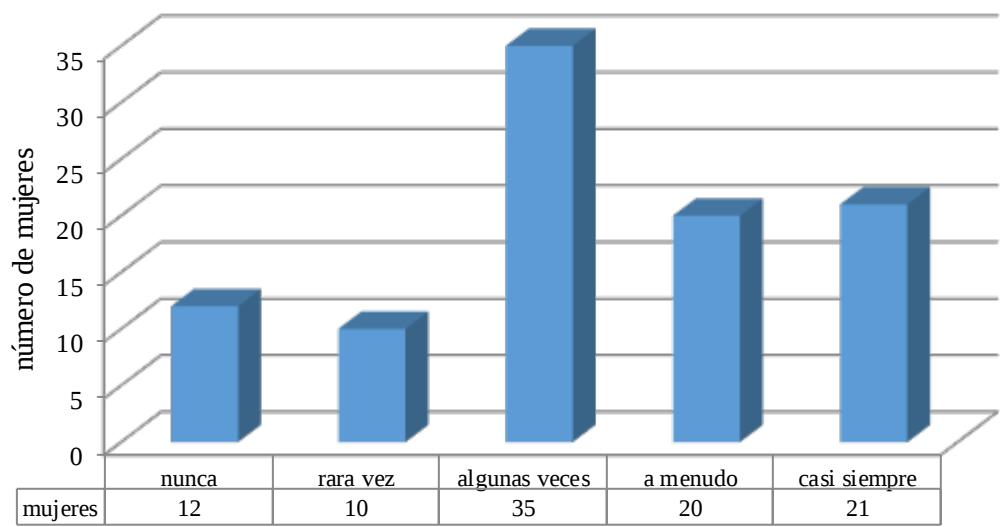


Figura 111. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He considerado diferentes soluciones al problema.*

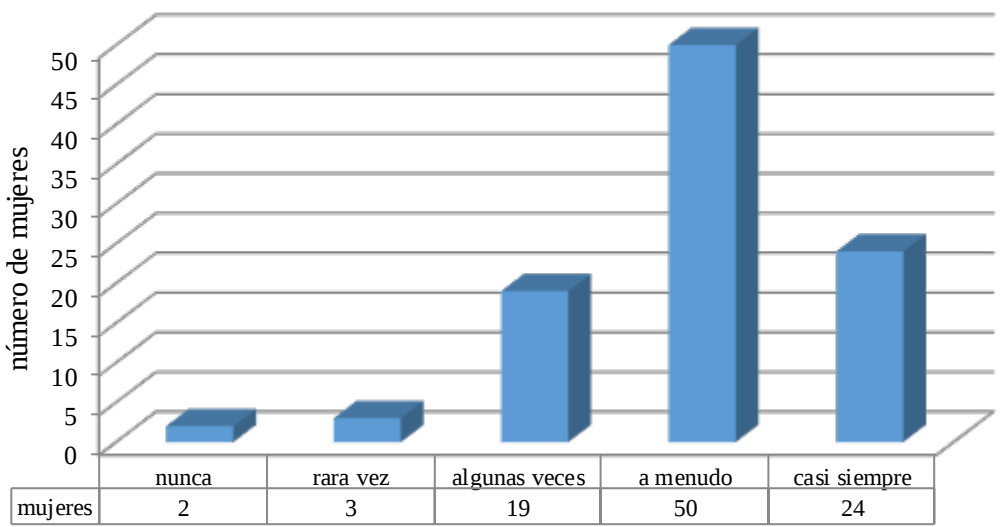


Figura 112. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He deseado poder cambiar lo que ha ocurrido.*

La distribución de las respuestas obtenidas fue muy similar cuando se les preguntó acerca de si también habían deseado cambiar la forma en la que se habían sentido. En la figura 113 se puede ver que la mayoría de ellas sí hubiera cambiado la forma en que se sintieron, deseándolo *a menudo* un 45,9%; un 22,4% *casi siempre* y un 24,5% *algunas veces*. En el otro extremo se situó de nuevo un pequeño porcentaje de mujeres que respondieron que lo habían deseado *rara vez* (3,1%) o *nunca* (4,1%).

Cuando esta última pregunta se relaciona con la edad de las pacientes (figura 114), en todas las franjas de edad la respuesta más seleccionada es *a menudo*, no existiendo diferencias significativas entre los grupos considerados ($\chi^2 = 11,752$; $p = 0,163$).

Si la relación se realiza con el estado civil de las pacientes (figura 115), las respuestas obtenidas son significativamente diferentes entre los grupos considerados ($\chi^2 = 22,445$; $p = 0,033$). Así, se puede observar como entre las mujeres casadas las respuestas mayoritarias se reparten entre *a menudo* (51,8%) y las que contestaron *casi siempre* (30,4%). En el caso de las mujeres solteras o separadas/divorciadas, las respuestas están algo más diversificadas, mientras que en el grupo de las viudas (muy minoritario) se concentran en las respuestas *a menudo* y *casi siempre*.

Cuando dicha pregunta se relaciona con el hecho de tener o no hijos (figura 116), la distribución entre las posibles respuestas en ambos grupos de mujeres (con y sin hijos) tiende a ser muy similar ($\chi^2 = 1,557$; $p = 0,817$), salvando la distancia que viene dada por el número de mujeres que forma parte de un grupo u otro.

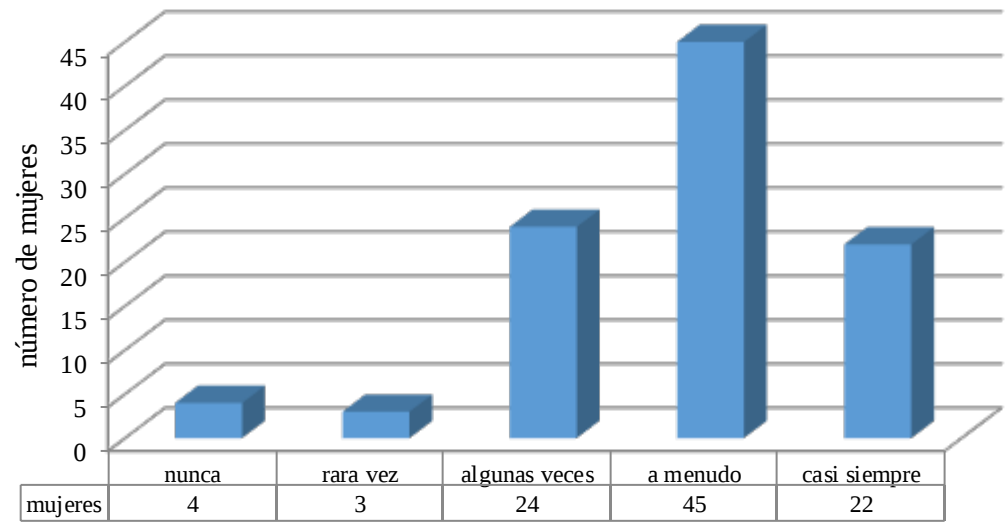


Figura 113. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He deseado cambiar la manera como me he sentido*.

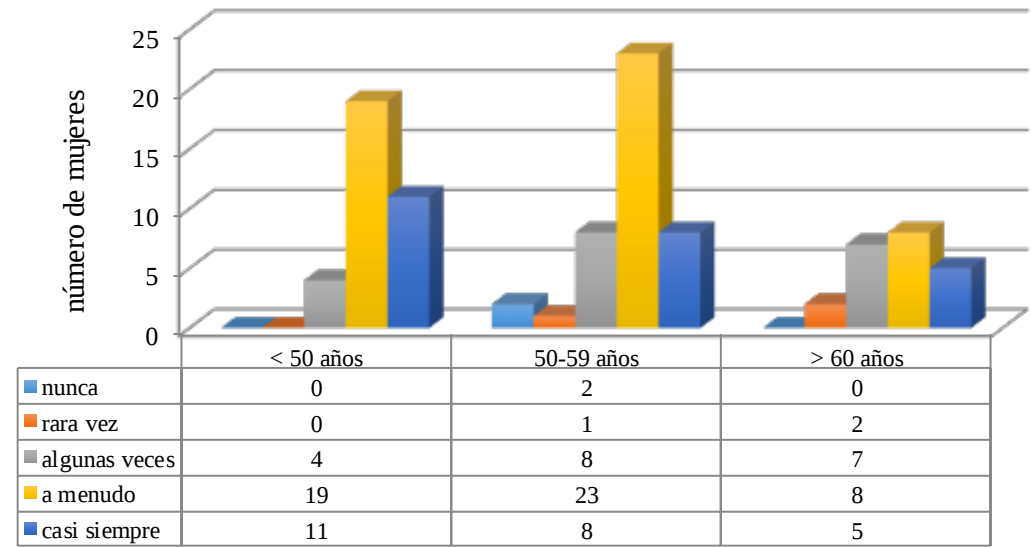


Figura 114. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He deseado cambiar la manera como me he sentido* agrupadas en función de la edad de las pacientes.

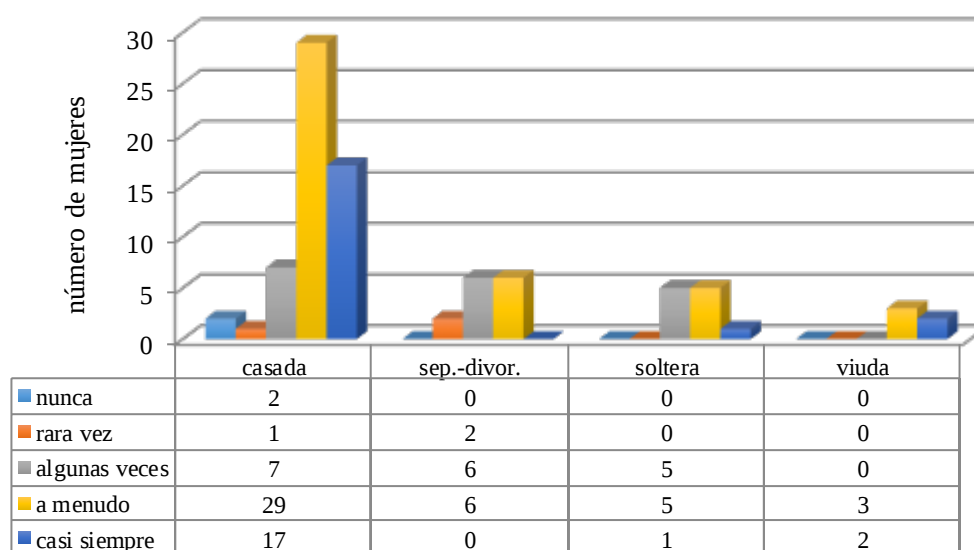


Figura 115. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He deseado cambiar la manera como me he sentido* agrupadas en función del estado civil de las pacientes.

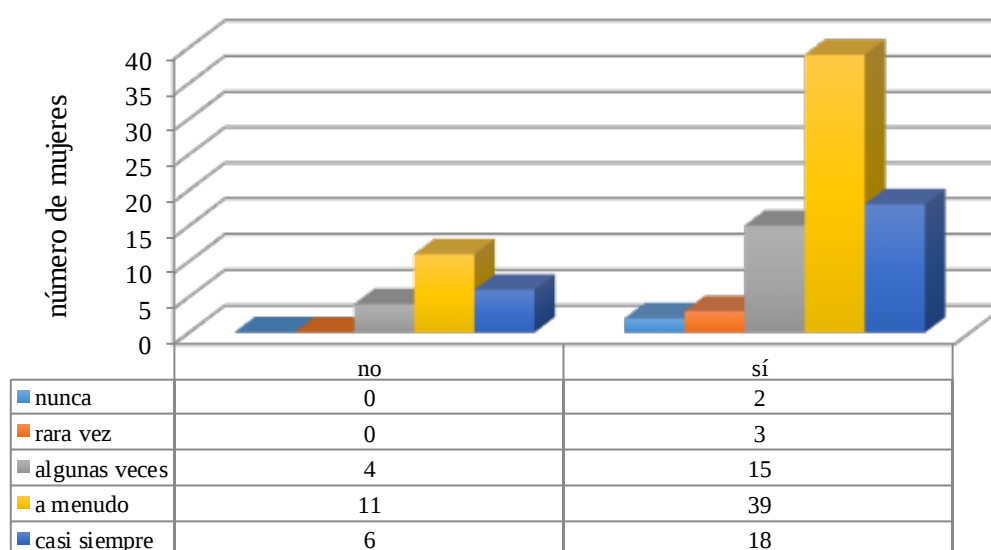


Figura 116. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He deseado cambiar la manera como me he sentido* agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

Si esta misma pregunta se relaciona con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor (figura 117), aunque no existen diferencias significativas ($\chi^2 = 11,333$; $p = 0,501$) entre los grupos considerados, es interesante observar como en todas las franjas temporales consideradas las mujeres hubieran cambiado la forma de sentirse. Debe también reseñarse que a medida que aumenta el tiempo desde el diagnóstico se incrementa el número de mujeres que ha deseado *a menudo* cambiar la manera de sentir con relación a otras posibles respuestas, lo cual parece indicar que a medida que pasa el tiempo, se toma perspectiva con respecto a la implicación emocional inicial, lo que permite una mayor desvinculación de la enfermedad junto con un deseo de modificación de conductas.

Por otro lado, independientemente de cuál haya sido el pronóstico de su enfermedad en las mujeres del estudio (figura 118), todas ellas han deseado cambiar la forma como se han sentido, siendo en los tres grupos de mujeres la respuesta mayoritaria *a menudo* ($\chi^2 = 4,797$; $p = 0,779$).

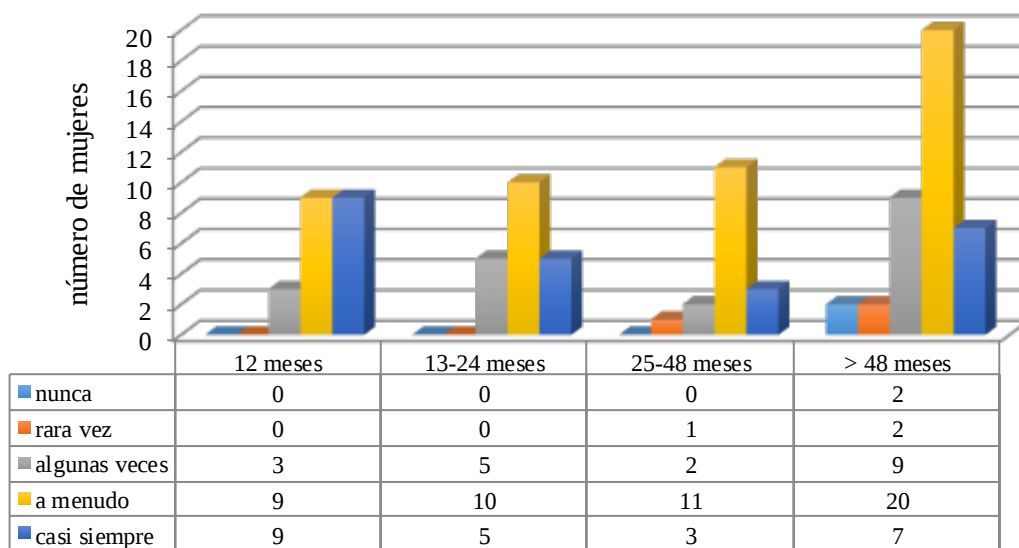


Figura 117. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He deseado cambiar la manera como me he sentido* agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor.

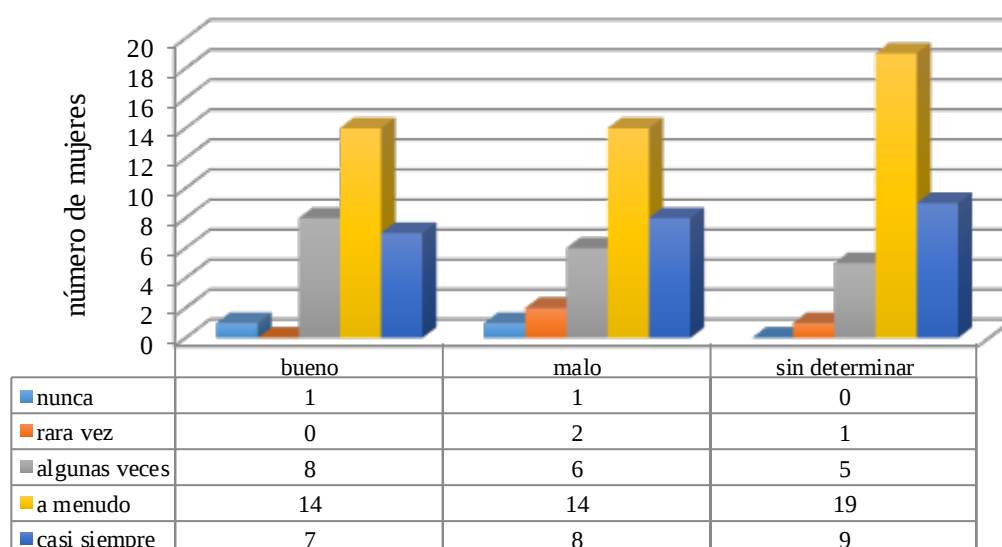


Figura 118. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He deseado cambiar la manera como me he sentido* agrupadas en función del pronóstico del tumor.

Cuando se analiza la relación entre la necesidad de cambiar los sentimientos y los periodos de revisión a que están sometidas las pacientes (figura 119), se puede ver que aunque la respuesta seleccionada por buena parte de las pacientes en todos los grupos considerados sigue siendo *a menudo*, las diferencias existentes en cada grupo entre esta respuesta y el resto de opciones son mayores en los periodos de revisión más amplios. Tampoco en este caso el estudio estadístico realizado detectó diferencias significativas ($\chi^2 = 7,246$; $p = 0,841$).

Las pacientes, además, según su propia opinión, tratan de no descargar en los demás sus problemas y/o preocupaciones asociados a la enfermedad. Así, en la siguiente pregunta de la encuesta, en la que se interesaba por si lo habían pagado con los demás, a los que también culpaban de su problema, la mayor parte de ellas respondió de forma negativa: el 70,4% indicó que *nunca* lo había hecho y un 20,4% *raras veces*. Tan sólo un 7,1% admitió haberlo hecho *algunas veces*, un 1,0% *a menudo* y otro 1,0% *casi siempre* (figura 120).

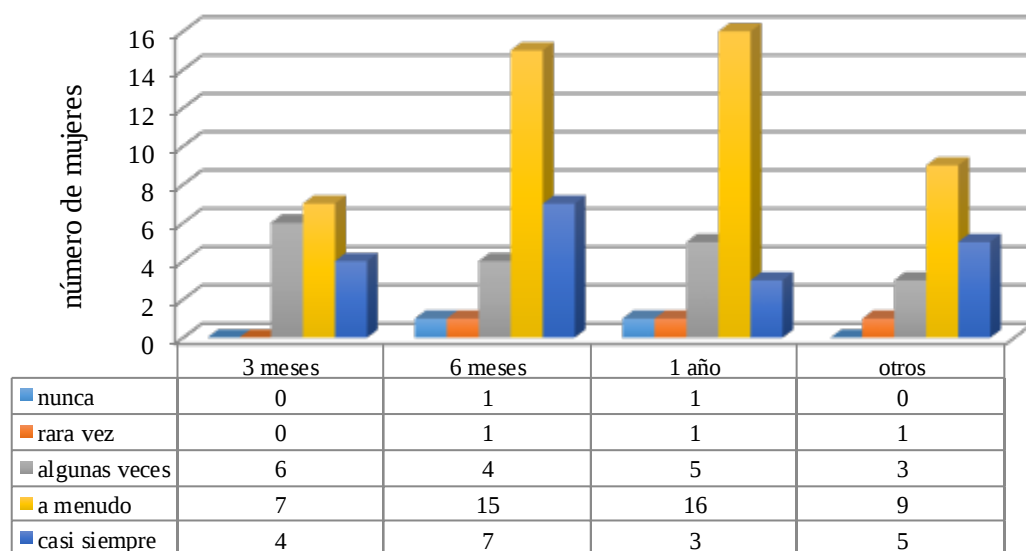


Figura 119. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He deseado cambiar la manera como me he sentido* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes.

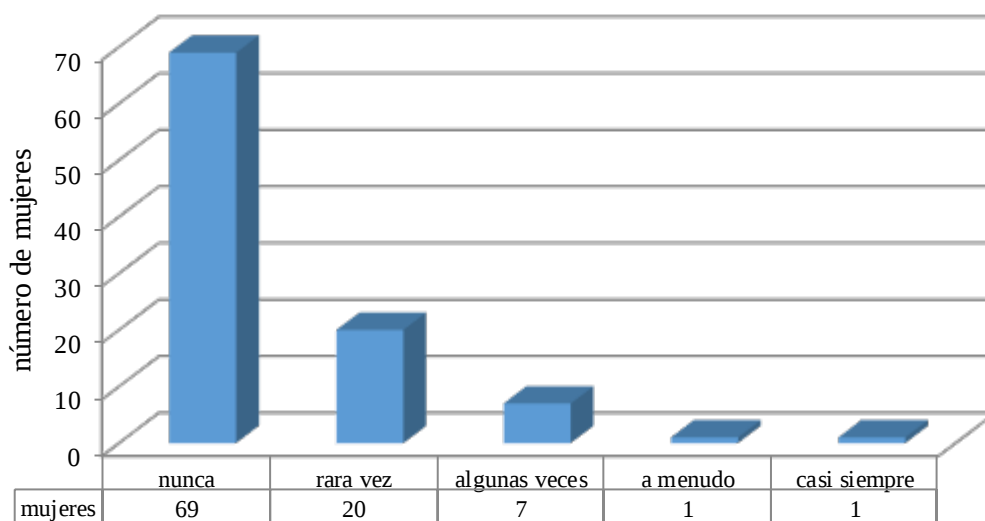


Figura 120. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Lo he pagado con otros a los que he culpado de mi problema*.

Cuando se relaciona el hecho de haberlo pagado con los demás con la edad de las pacientes (figura 121), se puede ver que aunque la respuesta *nunca* es mayoritaria en todos los grupos, las mayores de 60 años seleccionan buena parte de ellas esta opción. El estudio estadístico realizado señaló que no existían diferencias significativas entre las tres franjas de edad establecidas ($\chi^2 = 6,386$; $p = 0,604$).

Tampoco se han detectado diferencias significativas en esta pregunta cuando se han agrupado las respuestas seleccionadas por las mujeres en función de su estado civil (figura 122) ($\chi^2 = 5,796$; $p = 0,760$) o en función del hecho de que tuvieran o no hijos (figura 123) ($\chi^2 = 4,229$; $p = 0,376$).

La tendencia observada en esta pregunta se repite cuando se agrupan las respuestas obtenidas en relación al diagnóstico del tumor (figura 124), ($\chi^2 = 8,973$; $p = 0,705$), el pronóstico proporcionado por la paciente en relación a su enfermedad (figura 125) ($\chi^2 = 8,607$; $p = 0,376$), y los periodos que transcurren entre las revisiones médicas a las que se someten (figura 126) ($\chi^2 = 13,638$; $p = 0,324$).

Por lo que respecta al grado de aceptación de su proceso, la mayoría de las mujeres encuestadas parece asumirlo (figura 127): el 59,2% respondió que lo había hecho *a menudo* y el 27,6% lo hacía *casi siempre*; un 10,2% lo había asumido *algunas veces*, mientras que era aceptado *rara vez* o *nunca* por un 2,0% y un 1,0 respectivamente.

No obstante, la aceptación de su enfermedad no implica que hayan sido capaces de ver el lado positivo de las cosas (figura 128). Aunque hay un porcentaje importante de mujeres que sí lo han hecho *casi siempre* (21,4%), más de la mitad no lo ha conseguido: un 29,6% *rara vez* y un 30,6% solo *algunas veces*. Sí han sido capaces de hacerlo *a menudo* un 15,3%, mientras que un 3,1% no lo ha conseguido nunca.

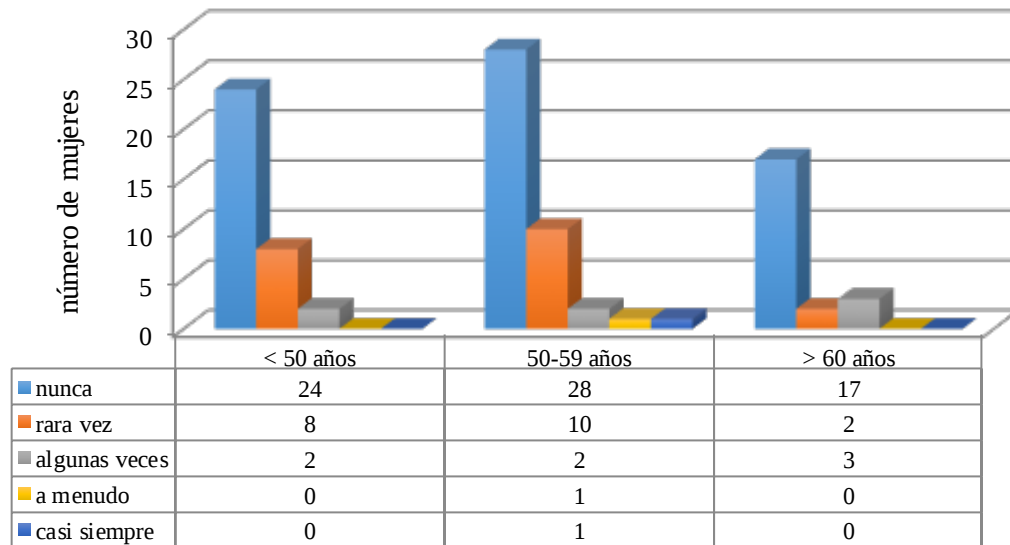


Figura 121. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Lo he pagado con otros a los que he culpado de mi problema* agrupadas en función de la edad de las pacientes.

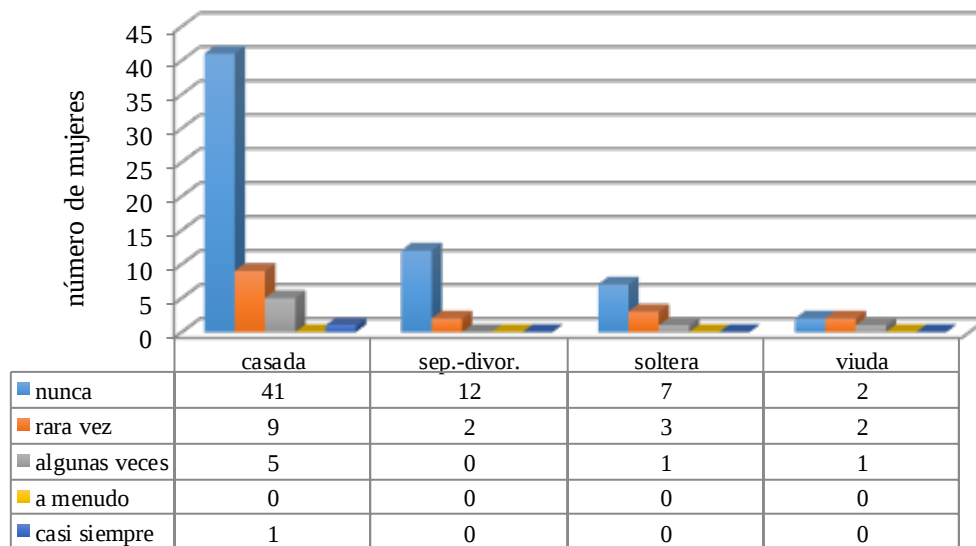


Figura 122. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Lo he pagado con otros a los que he culpado de mi problema* agrupadas en función del estado civil de las pacientes.

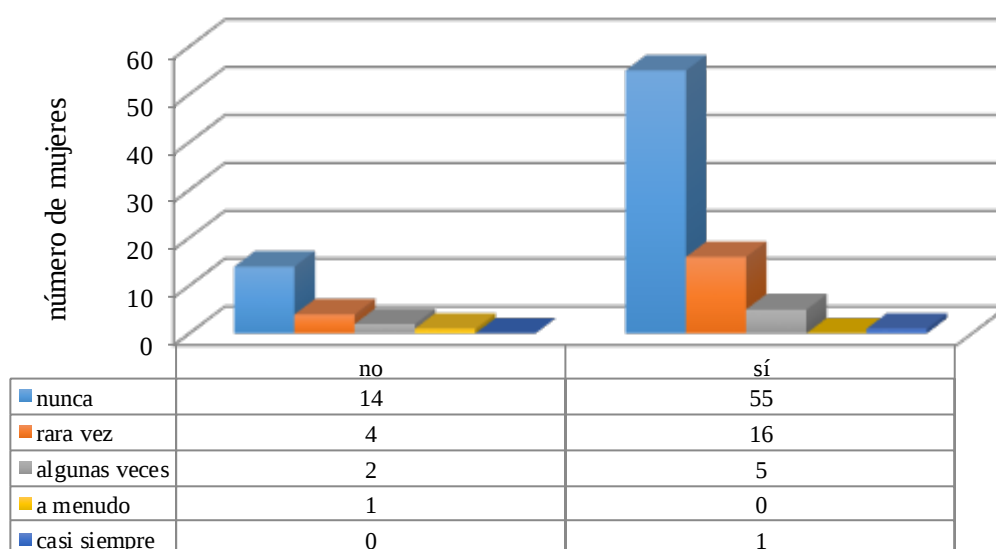


Figura 123. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Lo he pagado con otros a los que he culpado de mi problema* agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

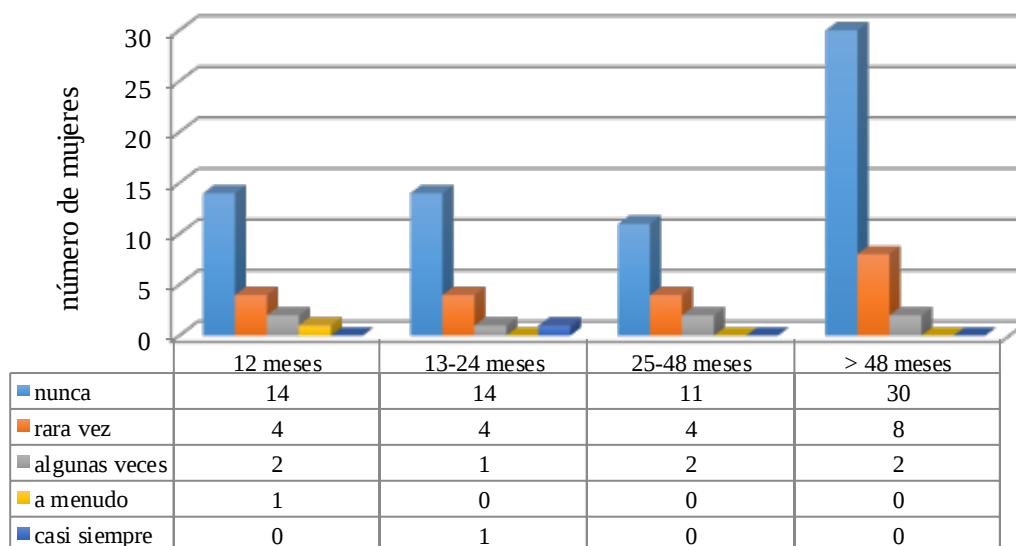


Figura 124. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Lo he pagado con otros a los que he culpado de mi problema* agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor.

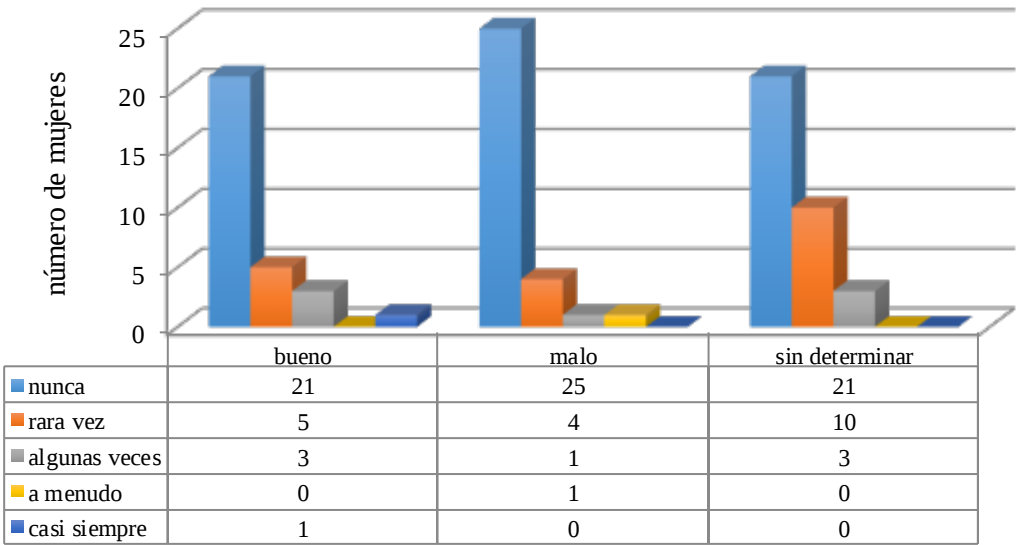


Figura 125. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Lo he pagado con otros a los que he culpado de mi problema* agrupadas en función del pronóstico del tumor.

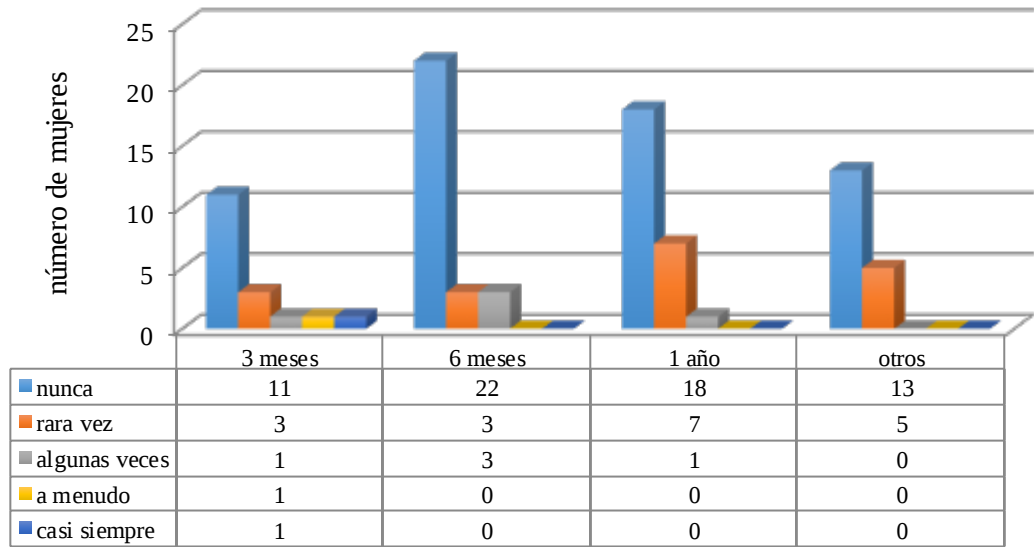


Figura 126. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Lo he pagado con otros a los que he culpado de mi problema* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes.

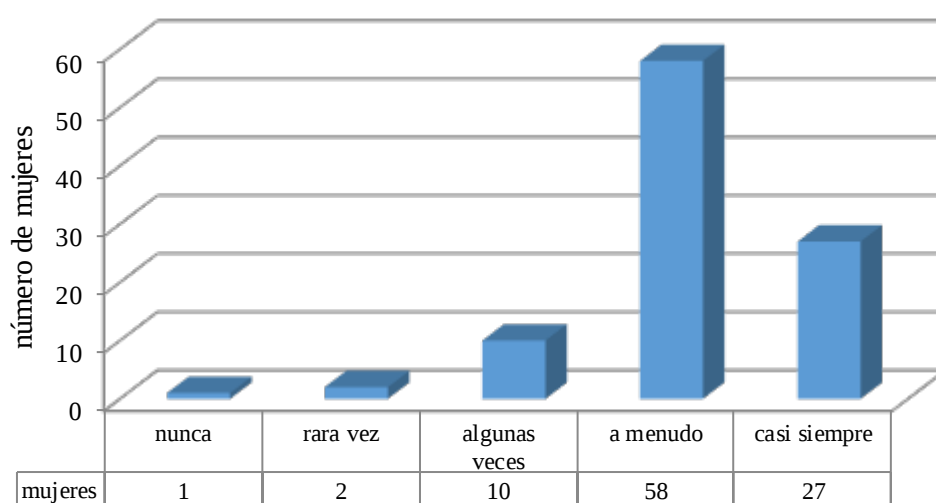


Figura 127. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Lo he aceptado porque no era posible hacer nada.*

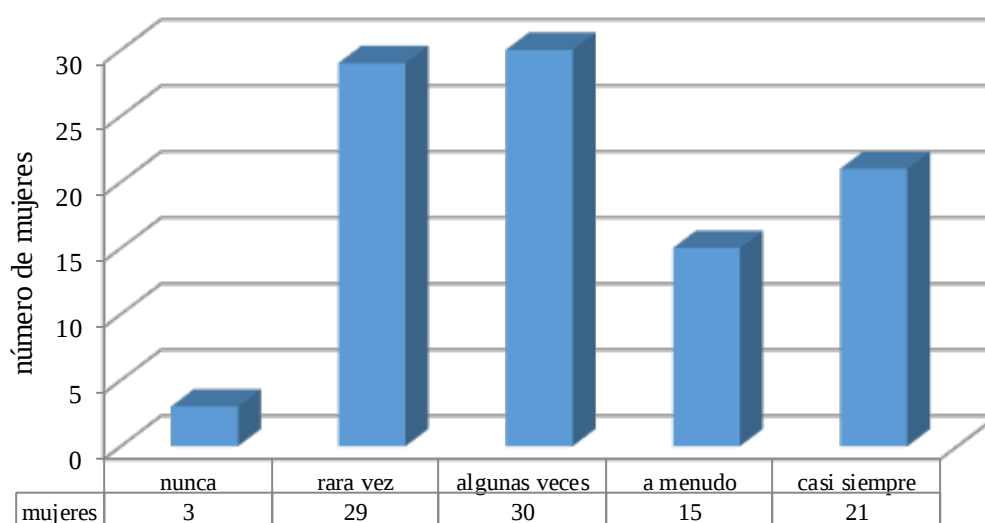


Figura 128. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He intentado ver el lado positivo de las cosas.*

Sin embargo, y aunque no vean el lado positivo de las cosas, sí que creen que hay gente que está peor que ellas (figura 129): casi la mitad de las encuestadas (46,9%) respondió que *algunas veces*; un 29,6% *casi siempre* y un 19,4% *a menudo*, mientras que no lo hicieron *nunca* o *rara vez* un 1,0% y un 3,1%, respectivamente.

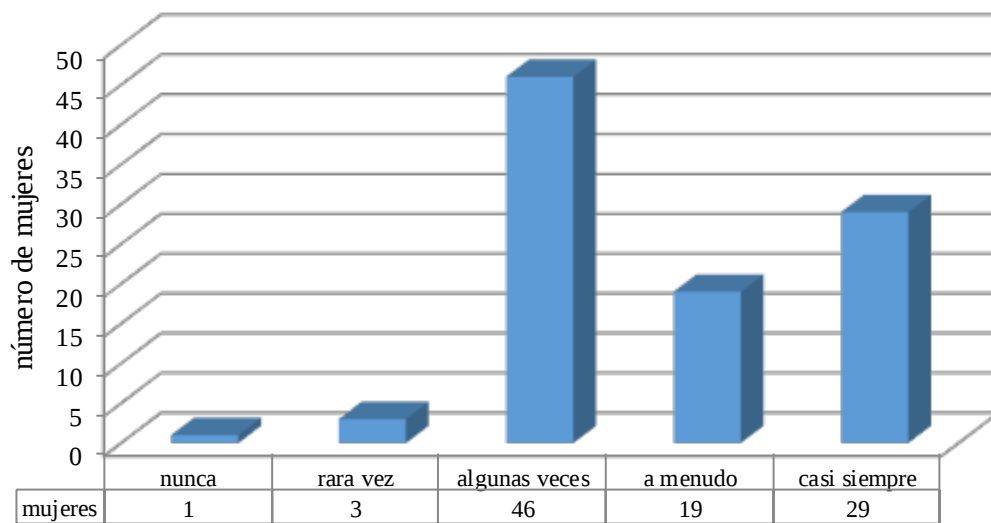


Figura 129. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He pensado que hay gente que está peor*.

Asimismo, la mayoría de ellas ha tratado de concentrarse en todas aquellas cosas buenas que la vida puede ofrecer. En este caso, los resultados tienden a ser similares a los obtenidos en la pregunta anterior (número 52 de la encuesta), acerca de si eran capaces de ver el lado positivo de las cosas (pregunta 52): un 34,7% lo ha hecho *algunas veces*; un 22,4% *casi siempre* y un 14,3% *a menudo*. Aún así, es también elevado el porcentaje de mujeres que admite haberlo hecho *rara vez* (26,5%), no haciéndolo *nunca* un 2,0% (figura 130).

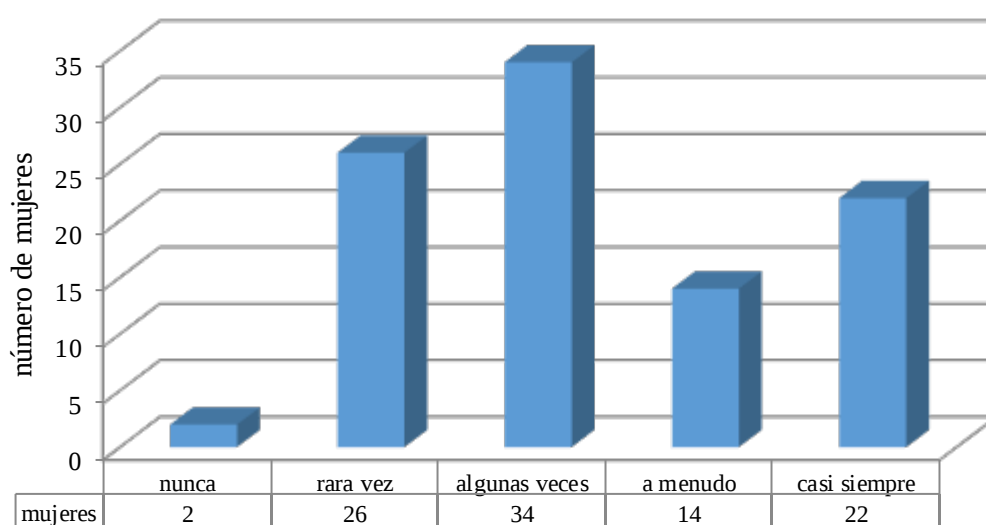


Figura 130. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Me he concentrado en las cosas buenas de la vida*.

En una enfermedad como el cáncer, y teniendo en cuenta los medios de los que se dispone hoy día para recabar información de forma rápida y sencilla, al preguntarles acerca de si han tratado de recabar información sobre el cáncer de mama (figura 131), la gran mayoría de ellas (más del 90%) lo ha hecho: un 33,7% *algunas veces*; un 31,6% *a menudo* y un 27,6% *casi siempre*, mientras que tan solo un 6,1% lo había hecho *rara vez* y un 1,0% no lo había hecho *nunca*.

Cuando las respuestas a esta pregunta se agrupan en función de la edad de las pacientes (figura 132), se puede observar como la respuesta más habitual entre las mujeres menores de 50 años es *algunas veces*, mientras que, en las mujeres mayores de 60 años la respuesta mayoritaria es *a menudo*. Es además en este grupo donde hay una mujer que no ha hecho ningún tipo de consulta o búsqueda de información en relación a su enfermedad, lo que probablemente tenga que ver con una mayor dificultad para buscar información con los medios tecnológicos de los que se dispone hoy en día. El estudio estadístico realizado no detectó diferencias significativas entre los tres grupos considerados ($\chi^2 = 11,433$; $p = 0,178$).

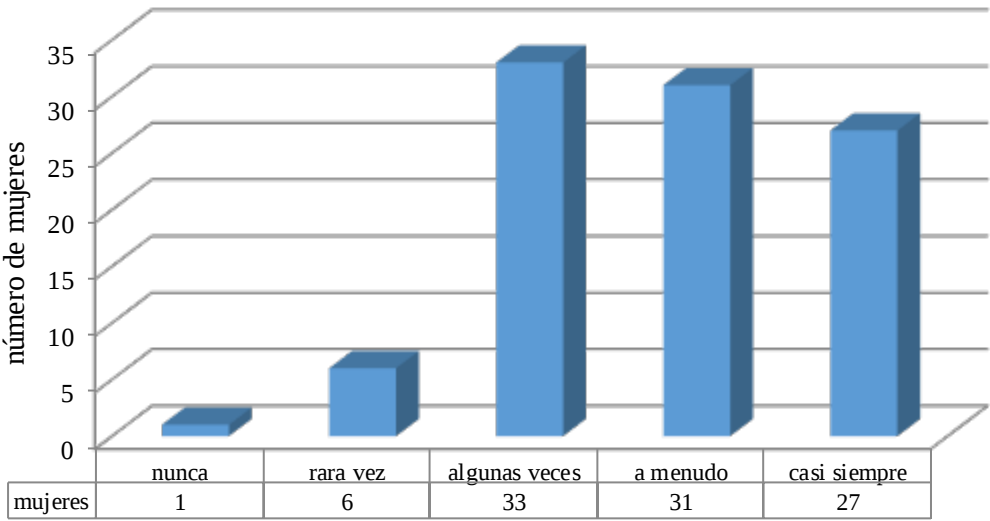


Figura 131. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He intentado mejorar mi información sobre el problema*.

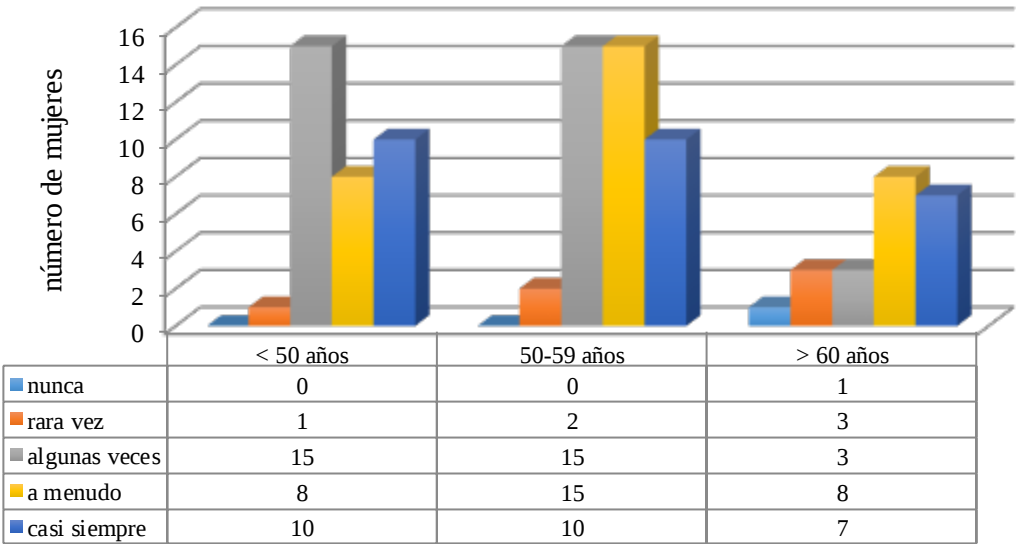


Figura 132. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He intentado mejorar mi información sobre el problema* agrupadas en función de la edad de las pacientes.

En la figura 133 se observa que al relacionar la búsqueda de información con el estado civil de las pacientes se puede comprobar que en todos los grupos existe un número representativo de mujeres que *casi siempre* o *a menudo* ha buscado información. En el caso de las casadas se trata de un 62,5%, en el caso de las separadas-divorciadas hablamos de un 64,3%, entre las solteras un 63,6% y por último entre las viudas un 60,0%, no existiendo diferencias significativas ($\chi^2 = 4,095$; $p = 0,982$).

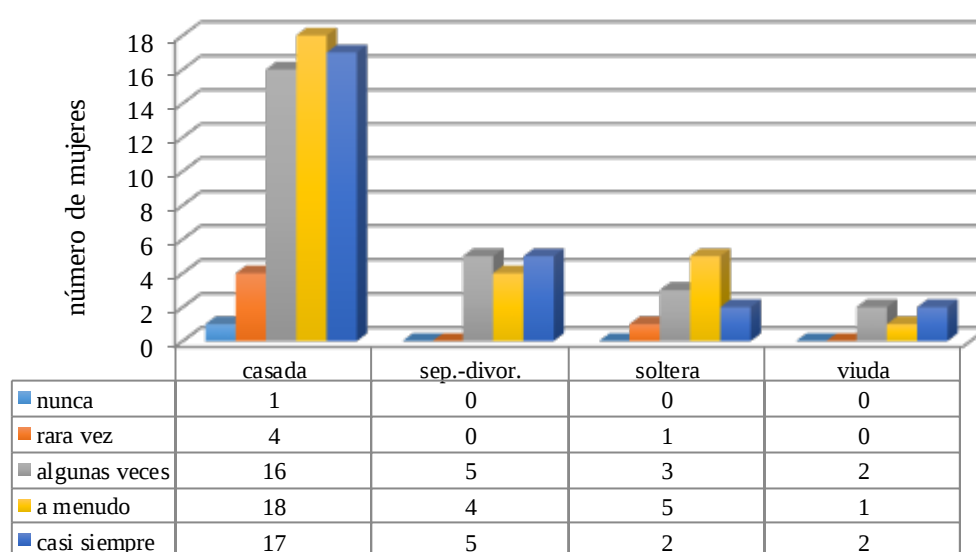


Figura 133. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He intentado mejorar mi información sobre el problema* agrupadas en función del estado civil de las pacientes.

Tampoco se han detectado diferencias en las respuestas seleccionadas por las mujeres en esta misma pregunta pero agrupándolas en función de la existencia o no de hijos ($\chi^2 = 1,473$; $p = 0,831$), el tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor ($\chi^2 = 9,770$; $p = 0,636$) o su pronóstico ($\chi^2 = 4,035$; $p = 0,854$) (figuras 134, 135 y 136, respectivamente).

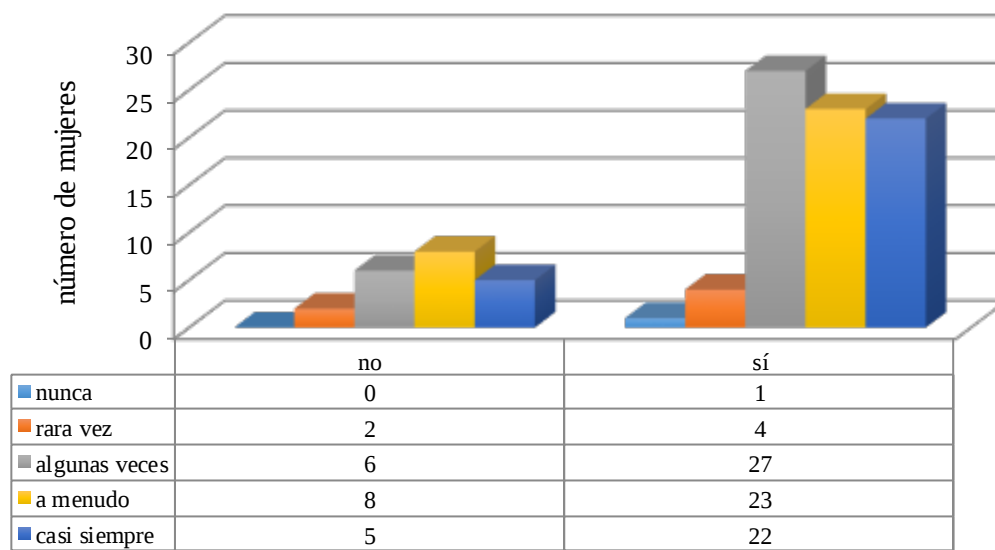


Figura 134. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He intentado mejorar mi información sobre el problema* agrupadas en función de que las pacientes tuvieran o no hijos.

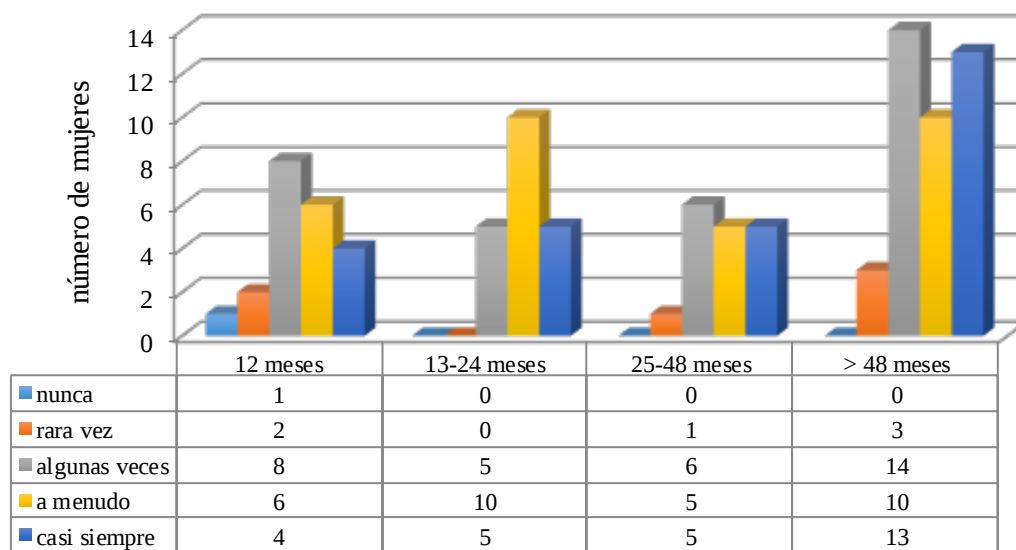


Figura 135. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He intentado mejorar mi información sobre el problema* agrupadas en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico del tumor.

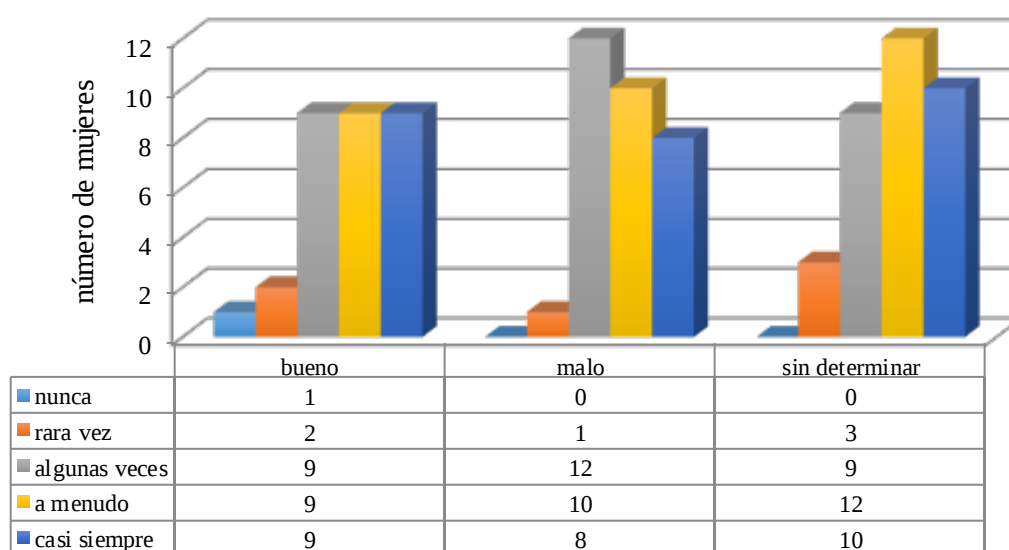


Figura 136. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He intentado mejorar mi información sobre el problema* agrupadas en función del pronóstico del tumor.

Solamente cuando se tuvo en cuenta el periodo de tiempo en el que estas mujeres se sometían a revisión (figura 137) el valor estadístico se acercó a 0,05 aunque sin llegar a ser significativamente diferente ($\chi^2 = 19,628$; $p = 0,074$). En esta figura se puede ver cómo cuando el periodo de revisión es menor (3-6 meses), un grupo importante de ellas intentaron mejorar su información sobre el problema *a menudo*, mientras que para aquellas que realizan revisiones anualmente o siguen otras cadencias, las respuestas *casi siempre* y *algunas veces* son mayoritarias y prácticamente se encuentran igualadas.

La siguiente cuestión recogida en la encuesta se relaciona con la posibilidad de búsqueda de consuelo en la religión por parte de las mujeres afectadas. Al preguntarlas si rezaban pidiendo fuerza para superar su proceso, las respuestas están muy repartidas (figura 138). Aunque aproximadamente la mitad de las mujeres no parece hacerlo, los dos extremos obtienen porcentajes muy similares: un 28,6% indica que *casi siempre* y otro 25,5% que no lo hace *nunca*. En el caso de las respuestas intermedias, la suma de las opciones *algunas veces* (11,2%) y *a menudo*

(12,2%) representan prácticamente el mismo porcentaje que la respuesta *rara vez* (22,4%).

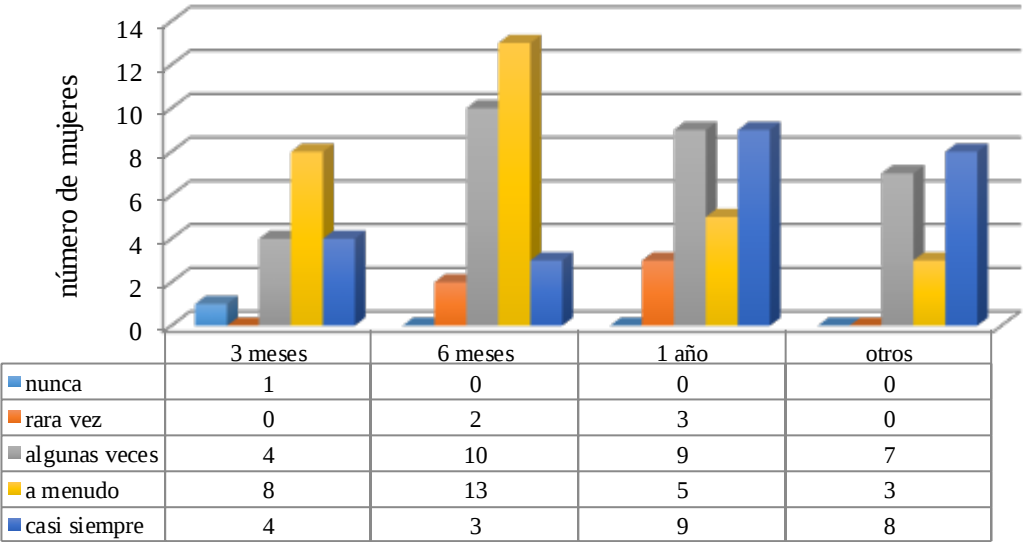


Figura 137. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *He intentado mejorar mi información sobre el problema* agrupadas en función de los periodos de revisión de las pacientes.

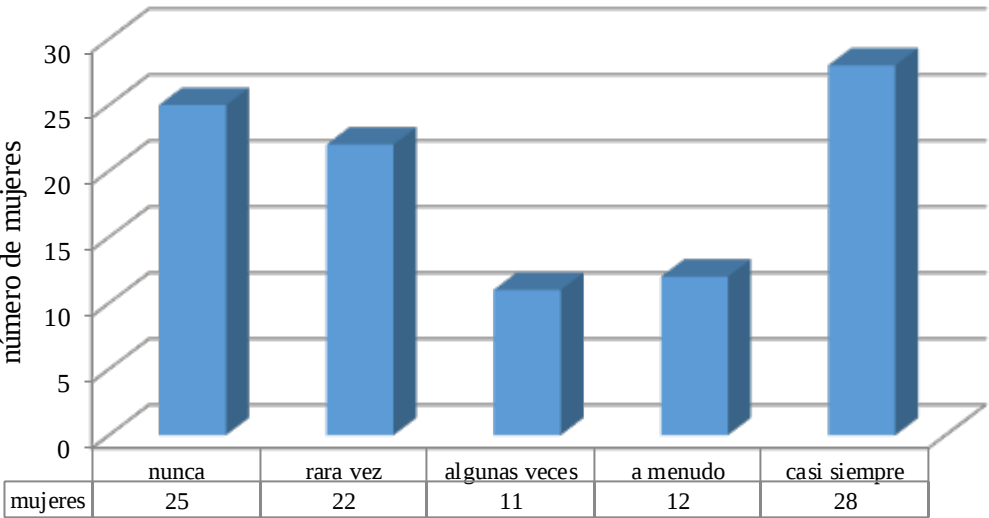


Figura 138. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Rezo a Dios pidiendo que me dé fuerza*.

La siguiente pregunta (*leo libros, revistas, escucho programas de televisión o la radio acerca de mi problema*) se relaciona con una de las preguntas anteriores (pregunta 55 de la encuesta), en la que se les interrogó acerca de si habían buscado información sobre el cáncer de mama (figura 131). De forma similar a lo que ocurría en aquella pregunta, las respuestas *rara vez* y *nunca* son seleccionadas únicamente por una minoría de las mujeres, concentrándose éstas preferentemente en dos de las respuestas ofrecidas: un 49,0% respondió que *algunas veces* y un 38,8% que *a menudo*, haciéndolo *casi siempre* tan solo un 7,1% de ellas (figura 139). La facilidad de acceso a la información que existe hoy día explica en parte las respuestas obtenidas, puesto que bien sea de forma directa o de forma indirecta (a través de personas cercanas), cualquier persona puede consultar distintas fuentes de información (más o menos técnicas o divulgativas), donde además la temática que nos ocupa es explicada de forma sencilla y accesible a todos los públicos.

La última pregunta de este bloque se relaciona de nuevo con una pregunta anterior, la que tenía que ver con la práctica de la religión. La cuestión era en este caso si practicaban más su religión al sufrir un cáncer de mama. En la figura 140 se puede ver que la distribución de las respuestas tiende a ser bastante parecida a la de la pregunta número 56 (figura 138) en la que se les preguntaba acerca de si rezaban a Dios pidiendo fuerza: un 32,7% señaló que no lo hacía *nunca*; un 21,4% que lo hacía *rara vez*; un 17,3% en cada caso lo hacía *a menudo* o *casi siempre*, y un 11,2% *algunas veces*.

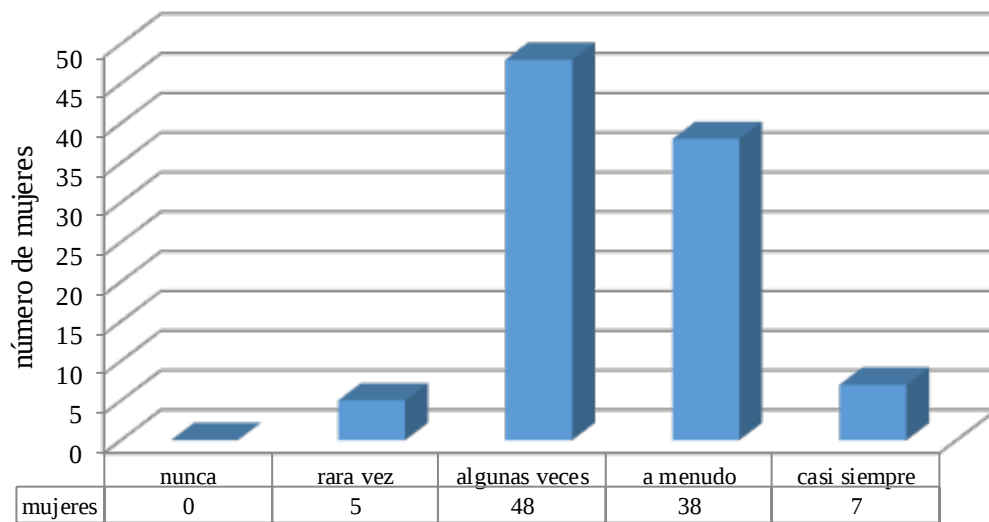


Figura 139. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Leo libros, revistas, escucho programa de televisión o escucho la radio acerca de mi problema.*

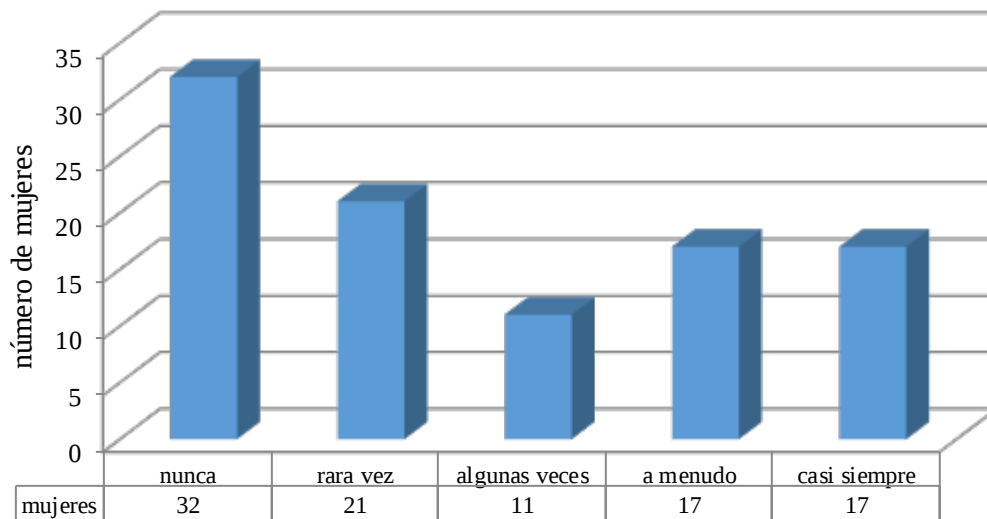


Figura 140. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Practico más mi religión desde que tengo este problema.*

Por su parte, las puntuaciones obtenidas en este bloque estuvieron comprendidas entre un valor mínimo de 31 y un máximo de 52, situándose la media en $41,95 \pm 4,89$ puntos. Las características de los grupos en los que se dividieron las mujeres fueron las siguientes:

- a) Grupo I: mujeres cuyas puntuaciones toman valores inferiores a 37 puntos (13 mujeres). Se trata de aquellas pacientes que han sido capaces de intentar encontrar una solución a su enfermedad, con mayor o menor éxito. Para cumplir con este objetivo, la mujer ha podido llevar su proceso buscando distintas fuentes de información y ayuda que faciliten la superación de tales circunstancias.
- b) Grupo II: pacientes cuyas puntuaciones están comprendidas entre 37 y 47 puntos, y que incluye a la mayor parte de ellas (62 mujeres). Se trata del grupo de mujeres dentro del estudio que, aunque buscan recursos para mejorar su modo de afrontamiento y superación de la enfermedad, casi siempre fracasan. El motivo fundamental es que los aspectos psicosociales y culturales del cáncer de mama, que definen esta patología como algo mutilante, como un proceso complejo y doloroso, las afecta en mayor medida de lo que ellas mismas creen, de tal manera que no pueden desvincularse de la creencia de que esta enfermedad es una amenaza permanente, lo que no las dejará avanzar en la búsqueda de una mayor fortaleza mental, que influirá directa y positivamente en su recuperación.
- c) Grupo III: mujeres cuyas puntuaciones toman valores por encima de encima de 47 puntos, lo que corresponde en este caso a 23 de ellas. Se trataría de aquel grupo de pacientes del estudio que ya habrían abandonado completamente la lucha. No buscarían soluciones ni alternativas porque no creen que existan y, por lo tanto, no creen en una posible recuperación.

El test de la U de Mann-Whitney reveló que existían diferencias significativas entre los 3 grupos considerados ($p > 0,05$).

BLOQUE V

Todos los acontecimientos que hasta este momento les han sucedido a estas mujeres durante este proceso y a lo largo de su vida han sido creados por los pensamientos y creencias sumadas a las circunstancias de su vida. No obstante, eso es el pasado, está hecho y acabado. La pregunta es dónde se encuentran en el momento de realizar la encuesta, el presente en el que la paciente está formando sus experiencias y expectativas del mañana. Con las dos preguntas del último bloque se pretende determinar la actitud que las mujeres tenían en ese preciso momento, y que también puede llegar a determinar su estado futuro.

Al preguntarlas acerca de cómo piensan ellas que es su estado de salud en el momento de realizar la encuesta, la respuesta ha sido en general positiva (figura 141). La mayoría (66,3%) respondió que era *buena*; un 24,5% que era *regular* y un 6,1% que era *excelente*; mientras que tan solo para un 3,1% de ellas su estado de salud era *malo*, no seleccionando ninguna de ellas la respuesta *muy malo*.

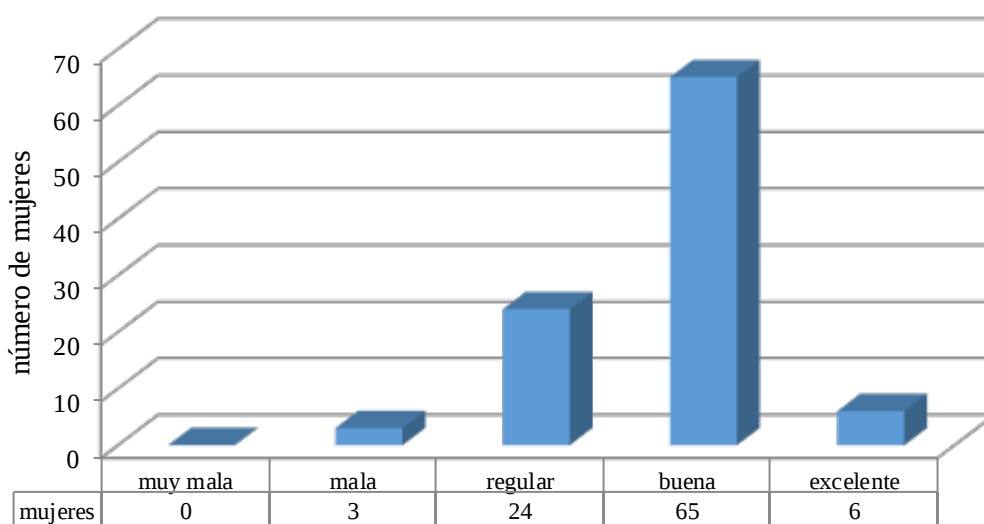


Figura 141. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *En general, diría Ud. que su salud ahora es...*

Finalmente, al pedirles que valoraran de forma numérica cómo se encontraban (figura 142), la distribución de las respuestas tiende a ser bastante similar: algo más de la mitad (51,0%) seleccionaron la puntuación de 75; el 37,8% le asignó un 50; un 6,1% le dio el valor máximo (100) y tan sólo un 5,1% una puntuación de 25. De nuevo, ninguna de las encuestadas valoró su estado de salud con un 0, lo que sería coherente con las respuestas dadas en la pregunta anterior, en la que tampoco ninguna de ellas consideró su estado de salud como *muy malo*.

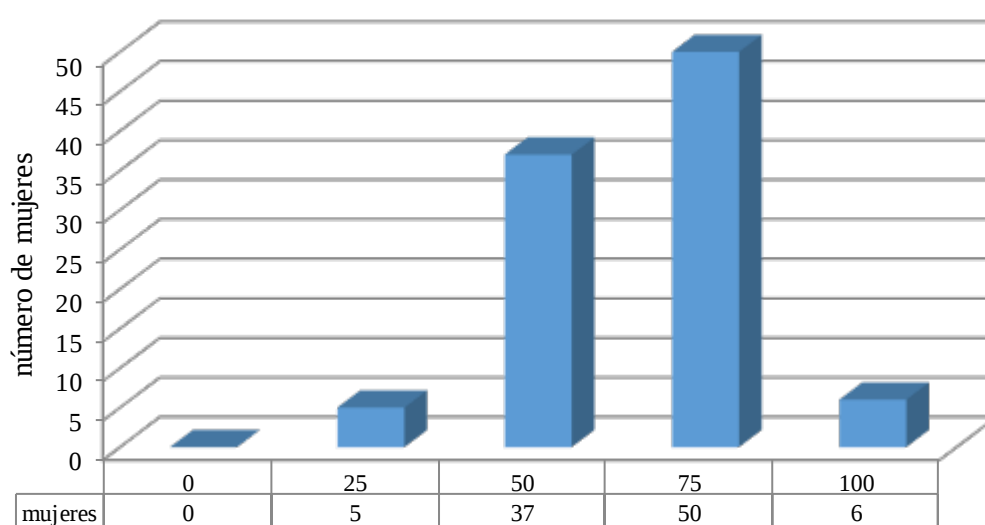


Figura 142. Respuestas indicadas por las mujeres afectadas de cáncer de mama a la pregunta *Considerando todas las formas en que su enfermedad la afecta, marque con una X sobre la escala que le presentamos, para indicarnos cómo se encuentra*.

En relación a las puntuaciones obtenidas en este bloque, nos encontramos con un valor medio de $4,66 \pm 0,9$ puntos (valor mínimo de 2 y máximo de 8). Los grupos de mujeres en este caso corresponderían a:

- a) Grupo I: mujeres cuyas puntuaciones son inferiores a 4 puntos (49 mujeres). Se trata de aquellas mujeres que han conseguido entender que el cáncer es una enfermedad multicausal y multifactorial, que tendrá determinadas consecuencias tanto para su físico como para sus emociones, pero a la que, independientemente de su alcance, hay que hacerle frente, no sólo desde el punto de vista del tratamiento

médico, que por otra parte es importante, sino también desde las propias emociones y pensamientos de la paciente, los cuales van a ser determinantes en su recuperación. Se trata de mujeres que han aprendido a adaptarse a las circunstancias y consecuencias de su enfermedad.

- b) Grupo II: mujeres cuyas puntuaciones se sitúan entre 4 y 5 puntos, y que corresponden a 46 personas. Se trata de pacientes que conocen los aspectos planteados en el punto anterior pero que continúan viendo la enfermedad como algo externo, ajeno a ellas, una circunstancia sobre la que poco pueden hacer.
- c) Grupo III: mujeres cuyas puntuaciones toman valores superiores a 5 puntos (3 mujeres), que consideran una ausencia total de salud, lo que provoca asimismo un abandono total de la lucha.

De forma similar a lo descrito en los anteriores bloques, el test de la U de Mann-Whitney realizado indicó que existían diferencias significativas entre las medias calculadas para cada uno de los 3 grupos en que se dividieron las mujeres ($p > 0,05$).

Finalmente, se han sumado las puntuaciones de todos los bloques para cada paciente que ha participado en este estudio. De forma similar a lo que se ha llevado a cabo en cada uno de los bloques, teniendo en cuenta el valor medio obtenido y la desviación estándar, las participantes en el estudio se han agrupado en 3 categorías, cada una con un perfil diferenciado de respuesta emocional ante el cáncer de mama. En este caso el valor medio y la desviación estándar ha sido de $127,02 \pm 22,42$ puntos, situándose los valores mínimo y máximo obtenidos en 76 y 165 puntos, respectivamente. Las características de cada uno de los grupos se resumen a continuación:

1. Grupo I: formado por aquellas mujeres con una puntuación inferior a 105 puntos (6 personas). Se trataría en este caso de mujeres cuyo diagnóstico de cáncer de mama les ha hecho cambiar la perspectiva de su vida. La enfermedad les ha enseñado a decir “no”. Han decidido ser el tipo de persona cuyos procesos mentales responden a la esperanza y al deseo de vivir. Han pasado por un proceso de aceptación y

afrontamiento de la enfermedad. Puede que en un primer momento hayan desarrollado un estilo represivo de afrontamiento, pero éste ha dejado rápidamente de ejercer un control restrictivo sobre sus emociones, dejándolas fluir, por lo que no se ha producido un desequilibrio entre las mismas. De esta manera, lo que consiguen este grupo de pacientes es convertir sus expectativas positivas sobre la enfermedad en expectativas positivas sobre su recuperación. En estas mujeres existe un equilibrio entre sus esperanzas, sus sueños, sus expectativas y las realidades conseguidas y asequibles.

2. Grupo II: mujeres que han obtenido una puntuación comprendida entre 105 y 149 puntos (82 pacientes). Se trata de aquellas mujeres que, por algún motivo, se han quedado ancladas en el “duelo oncológico”. Debe señalarse que todas las pacientes lo padecen independientemente del estadio de la enfermedad, puesto que forma parte de una serie de etapas que no son necesariamente secuenciales. Esta fase se considera un mecanismo de reconstrucción psíquico que va a permitir estructurar respuestas ante determinados problemas: orgánicos, cognitivos, sociales, emocionales... La salida de esta etapa irá encaminada hacia dos vertientes distintas, de las que la paciente ha de elegir sólo una:
 - a- Fase anteriormente explicada, lo que implica que se ha producido una adaptación como nexo de unión entre el apoyo social, el afrontamiento y la calidad de vida.
 - b- Fase que se explica a continuación, en la que existirá un desequilibrio entre las expectativas y la realidad palpable.
3. Grupo III: mujeres que han obtenido un valor superior a 149 puntos (10 pacientes). Habitualmente se trata de mujeres con experiencias en la infancia que las hace ser un tipo muy determinado de personas: alguien, normalmente una persona muy cercana y con una notable influencia sobre ellas, en su momento les marcó unas pautas de acción, asumieron ese papel y durante toda su vida han sido incapaces de cambiar el rol asumido. A su vez, en el transcurso de su vida han

vivido una serie de acontecimientos estresantes que, de alguna manera, han amenazado su identidad personal, creando problemas emocionales que no han sabido manejar y, por lo tanto, superar. La mujer, como consecuencia de todo lo anterior, no sabe cambiar las reglas y se siente incapaz no sólo de resolver el problema que supone su enfermedad sino de enfrentarse a él. Su recuperación va a venir dada por tres características: estasis, imposibilidad de modificación y rigidez. Se transforma pues en un sujeto represor: controla las respuestas que percibe como negativas al no ser propias de ella, pero tampoco es capaz de controlarlas todas por igual, con lo que existe un desequilibrio que origina una discordancia entre los tres sistemas básicos de respuesta: fisiológico, motor y cognitivo.

También en este caso el test de la U de Mann-Whitney puso de manifiesto que existían diferencias significativas entre las medias calculadas para los 3 grupos considerados ($p > 0,05$).

2. Entrevistas grupales

Como se ha señalado en el apartado *Material y Métodos*, la entrevista al grupo focal se realiza con grupos de tres o cuatro mujeres, utilizando una guía de entrevista preparada. Con ella se busca que las pacientes interaccionen entre sí y expresen su opinión sobre el proceso que sufren, así como sobre sus sentimientos y sensaciones, a los que de otra manera sería difícil acceder. En este caso, dichas pacientes fueron un total de 83, que, como se ha señalado anteriormente, procedían de la Asociación Leonesa de Mujeres con Cáncer de Mama (ALMON). Todas las mujeres habían sido diagnosticadas de cáncer de mama, todas ellas en los estadios I y II, habían sido intervenidas quirúrgicamente y se habían sometido o se estaban sometiendo a un tratamiento coadyuvante.

La duración estimada en un primer momento fue de media hora aproximadamente, pero dado el alto nivel de participación e interacción entre las pacientes, la duración de las conversaciones se alargó hasta los 60 minutos.

La persona que presenta esta memoria hizo de moderadora, planteando las preguntas diseñadas para esta actividad y organizando las intervenciones de las pacientes. Posteriormente llevó a cabo la recopilación de datos que se desprendían de las mismas mediante notas de campo (estaba prevista la grabación en audio pero las pacientes refirieron sentirse incómodas en ese caso, por lo que se cambió de táctica).

Según Newell *et al.* (2002), las intervenciones psicológicas son más beneficiosas si se realizan en un formato grupal, utilizando para ello un programa bien definido y predeterminado. Los programas de intervención psicológica grupal han demostrado su eficacia a la hora de disminuir el malestar emocional (Edelman *et al.*, 1999), y mejorar la calidad de vida y el empleo de estrategias de afrontamiento más adaptativas. Se ha comprobado que estos objetivos se mantienen a los seis meses y al año postratamiento (Fawzy *et al.*, 1990; Berglund *et al.*, 1994).

Según los autores señalados anteriormente, la mayoría de los tratamientos grupales van dirigidos a minimizar el impacto emocional asociado al diagnóstico y tratamiento del cáncer y a prevenir la aparición de problemas en la adaptación futura. El criterio de inclusión en este programa fue de manera fundamental la voluntad de participación de las pacientes. Según Youssef *et al.* (1984), la participación depende del grado de accesibilidad y facilidad para recibir el tratamiento así como del nivel educativo y el mayor malestar psicológico, junto con el deseo de obtener ayuda e información sobre la enfermedad sin olvidar la afectación moderada de la calidad de vida.

Las preguntas planteadas a partir de estos cuestionarios fueron:

1. *¿Serían capaces de diferenciar los momentos por los que han pasado a lo largo de este proceso que es su enfermedad?*

2. *Identifique qué personas han formado parte de su entorno durante este proceso y el papel que han tenido en el mismo. ¿Quién ha sido su apoyo fundamental psicológicamente hablando?*
3. *¿Qué postura han tomado Uds. con respecto a lo que estaban viviendo? ¿Podrían definir las estrategias que han utilizado para enfrentarse a la enfermedad?*
4. *Si tuvieran que dar algún consejo a las mujeres que comienzan una andadura como la suya, ¿qué le dirían?*

Con respecto a las entrevistadas, se las puede clasificar en tres grupos diferenciados:

1. Pacientes clave, que son las mujeres que forman parte de la directiva de la asociación y que, por tanto, poseen más información sobre la misma.
2. Pacientes especiales, entre las que se incluyen aquellas con una mayor formación académica, con mayor cantidad de información (puesto que la han buscado), o que pueden expresarse mejor y de las que, por tanto, se puede obtener información más relevante.
3. Pacientes representativas, que serían aquellas mujeres que desde un primer momento se han implicado más en el estudio y que han prestado su colaboración incondicional.

Los resultados obtenidos a partir de dichas pacientes se recogieron también en cuatro apartados, que coinciden con el número de preguntas planteadas,

Pregunta nº 1

En un primer momento, cuando se pregunta a las pacientes por las fases acontecidas a lo largo de su andadura desde que enfermaron, se produce un pequeño silencio que rápidamente se convierte en una vorágine de ideas en las que prácticamente todas coinciden. En general, su estado de

ánimo ha ido evolucionando con el tiempo, y al hacerlo ha pasado por las siguientes fases:

1. Negación: ellas no son capaces de reconocer tal situación traumática con los sentimientos que conlleva la misma. La tentativa en todo momento, según reconocen, es la de actuar “como si nada estuviera pasando”.
2. Autodefensa: una vez que son conscientes de que existe un problema, se lo atribuyen a los demás, es decir: “¿qué pensarán mis hijos?”, “vaya situación para mi marido” y “mi madre, con lo mayor qué es”... Es decir, una vez reconocido el problema, pasa a ser de otros y no de ellas mismas.
3. Retroceso: ahora ellas ya son las protagonistas de esta situación y, como tal, existe una pérdida de rumbo que conlleva al abandono del rol desempeñado hasta ese momento, convirtiéndose en personas dependientes con actitudes ciertamente infantiles ante las situaciones difíciles que van apareciendo y a las que deben hacer frente.
4. Agresividad: al observar que la actitud anterior no surte el efecto esperado (petición de caricias emocionales constantes), la actitud se transforma en agresividad, sobre todo con aquellas personas que las pueden hacer daño: habitualmente se trata del profesional sanitario, cuando realmente con quien les gustaría expresar su ira es con su propia familia por esa “mal entendida” falta de apoyo.
5. Formación reactiva: en este momento se dan cuenta de que la agresividad no es el camino, puesto que inevitablemente hace que reciban respuestas de las personas cercanas que no son las que buscan. La solución en este momento la encuentran en tomar una actitud totalmente contraria a lo que desean en realidad, y que no es más que apoyo y muestras de afecto. En este momento se consideran personas totalmente independientes, “no necesitan nada de nadie”; son personas “adultas y autosuficientes”.

6. Retracción: pasan por otro momento definido por ellas como “uno de los más duros”, en el que deciden retrotraerse, encerrarse en sí mismas con el único objetivo de “no molestar” y “pasar desapercibidas”. Si no “hacen demasiado ruido” quizás pasen desapercibidas hasta para su enfermedad.
7. Proyección: en muchas ocasiones llegan a pensar que, si en lugar de ser como son fuesen de otra manera, las cosas serían diferentes. Es en ese momento cuando se proyectan en alguien (habitualmente en alguna mujer cercana) que ellas creen que tiene todo lo que consideran necesario para “ser unas triunfadoras y no unas mujeres enfermas”.
8. Racionalización: este es el momento en el que intentan encontrar una explicación a lo que las pasa, pero explicando sus deseos, necesidades y sentimientos en base a lo que la sociedad o, más concretamente, su entorno acepta como válido. De esta manera se evitarán las críticas y reproches de los demás y “estarán en la dinámica correcta”.
9. Compensación: al considerarse mujeres que “han fallado en un aspecto de su vida a causa de la enfermedad que padecen” intentan destacar en otros aspectos de su vida en los que no han sido tan desafortunadas: educación, relaciones sociales, inversiones económicas...
10. Distancia emocional: cuentan su experiencia con la enfermedad de forma fría y distante, como si se tratase de algo ajeno a ellas y no con demasiada importancia. Hay un intento fallido de no mostrar las emociones pues es un terreno en el que no se manejan.

Todas estas etapas han sido identificadas por todas y cada una de las mujeres que han participado en esta parte del estudio, que han reconocido haberlas experimentado en mayor o menor medida en el proceso de su enfermedad.

Mediante esta primera pregunta se ha obtenido un resultado similar al obtenido en los dos primeros bloques de la encuesta escrita, donde se preguntaba a las pacientes por sus sentimientos personales (Bloque I) y su situación con respecto a la enfermedad (Bloque II). Las pacientes han

reconocido en ambos casos que el cáncer de mama es un factor estresante que ha producido en ellas alteraciones emocionales (ansiedad, irritabilidad, rabia, culpabilidad...), cognitivas (confusión, falta de concentración, olvidos...) y fisiológicas (mayor actividad del sistema nervioso). Ante esta situación han tratado de realizar un esfuerzo, consciente o no, y de manera diferente, puesto que en todo momento el proceso se ve afectado por la percepción personal de cada mujer, centrando su atención en el agente estresante (la enfermedad) y utilizando diversos recursos para enfrentarse a él.

Debe señalarse que las etapas definidas anteriormente, y como ya se reflejaba en la encuesta escrita, se han producido en cada mujer en un orden diferente y en muchas ocasiones se avanza y retrocede en ellas fácilmente de tal manera que no se controlan hasta que la mujer pasa a una fase de adaptación, bien a través de conductas adaptadas, bien mediante conductas desadaptadas.

Pregunta nº 2

Con respecto a la segunda pregunta planteada existe una gran controversia. La percepción extraída de las entrevistas grupales es que no son capaces de identificar con claridad las personas que han formado parte de su entorno más cercano durante la enfermedad, y aún se observa más dificultad a la hora de señalar su apoyo más fundamental.

El problema que se percibe es que su vida adulta está marcada por acontecimientos sociales que en este momento quedan anulados por la aparición de la enfermedad. A lo largo de la vida del adulto, éste pasa de la libertad del periodo de soltería a los vínculos de la pareja, de la familia de origen a formar la suya propia, de la despreocupación de cubrir sus propias necesidades a la de cubrir las de sus seres más queridos. Todo ello ha conllevado en la persona adulta un cambio en su estatus social y la aceptación de un rol que en este momento se va a alterar de forma dramática.

Las relaciones que la mujer ha mantenido hasta el momento han venido determinadas por el papel que ella misma ha adoptado en su vida adulta, y se podrían dividir en:

- a) Relaciones íntimas: aquellas que habitualmente se establecen únicamente con las personas con las que comparte su vida sentimental y una unión emocional diferente a cualquier otra relación por su intensidad: pareja e hijos.
- b) Relaciones cercanas: relaciones familiares y de amistades cercanas que ocupan un lugar importante en la vida social y personal del individuo. Suelen ser relaciones estrechas y escasas, de manera que cualquier acontecimiento que afecte a una de estas personas afectará al resto.
- c) Relaciones distantes: se trata de amigos y relaciones agradables; son numerosas y con poco grado de intimidad. Preocupa su bienestar pero de una forma más liviana que en los grupos anteriores, y sus problemas causan menor preocupación a todo el entorno. Dentro de este círculo se incluyen relaciones profesionales, las relaciones individuales ocasionales y las asociativas.

Dentro de esta estructura social, la mujer con cáncer de mama ocupaba un lugar concreto, desarrollando un rol determinado anterior a su enfermedad. En el momento en que esta aparece, todas sus relaciones sociales se ven afectadas, en parte también porque el entorno no sabe cómo actuar.

Como se ha señalado anteriormente, la pareja, los hijos y el círculo de familiares y amistades cercanas son quienes se encuentran al lado de la mujer durante el proceso de su enfermedad. Las actitudes tomadas en cada una de las circunstancias, según reflejan estas mujeres en las entrevistas, son:

1. Pareja: según ellas, se pueden definir por su propia experiencia tres tipos de parejas: el que decide abandonar el hogar, que suele responder a una situación de desestructuración previa; los definen como parejas incapaces de asumir la enfermedad y el dolor. El segundo tipo sería el del varón que actúa con una ausencia total de sensibilidad para la enferma, como si no hubiera pasado nada. Y, en último lugar, el hombre que trata de atender a la enferma con todo su cariño y dedicación, y dentro del que se encuentran dos variantes importantes de destacar: el que se preocupa incluso en exceso por la enfermedad, realizando todo tipo de esfuerzos basados en un fondo de lástima y protección paternal, lo que le lleva a evitar los problemas reales y, por ello, la mujer no llega a sentirse entendida; y el hombre que, por lo observado, es el menos habitual, que se enfrenta de manera directa y sin tabúes al cáncer con una comprensión auténtica y real.

Cabe destacar según lo percibido en estas entrevistas que la idea que la mujer tiene de su pareja viene determinada por su propio carácter. Es decir, aquellas mujeres autónomas y de carácter luchador siempre perciben a su pareja como psíquicamente más débil. Sin embargo, las mujeres con una actitud fatalista, que se sienten más indefensas, proyectan todas sus necesidades en su pareja, de manera que pueden resultar excesivamente demandantes para con ésta.

2. Hijos/as: los hijos son siempre fuente de preocupación para la mujer con cáncer de mama. No suelen buscar apoyo en ellos, sino que tratan de proporcionarles toda la protección que encuentran a su alcance, tanto en ellas mismas como en el entorno. Cabe destacar dos aspectos continuamente comentados en las entrevistas al hablar de los hijos: la preocupación por el futuro de los mismos, sobre todo en las primeras etapas de la enfermedad; y una vez superada la misma, el miedo a que hereden la enfermedad, en el caso de las hijas. Es ante los hijos ante los únicos que estas mujeres intentan mantener una actitud más serena y dar una lección de valentía que en realidad no sienten, intentando evitar la pena que supondría para ellos ver sufrir a su madre. No obstante, se hace

preciso diferenciar en este momento todo lo anterior según la edad y el sexo de los hijos, pues aparecen cuestiones muy diferentes atendiendo a estas variables. Los hijos de corta edad y los adolescentes suponen una mayor preocupación y responsabilidad directa para la enferma, mientras que los hijos mayores de edad pasan a ser un punto de apoyo, muchas veces inexistente, pero necesario según ellas.

3. Amistades y conocidos: reconocido por ellas mismas, con gran frecuencia se da el desconocimiento de la enfermedad en el entorno cercano por dos motivos fundamentales: la propia negación de la paciente ya comentada anteriormente, y la curiosidad en ocasiones cruel del entorno. Pero en esos momentos de “no saber quién estará ahí” las pacientes reconocen que, a veces, han descubierto en un entorno valorado inicialmente como más lejano, personas que se han preocupado por ellas y reaccionando de forma muy favorable, se han comprometido con la paciente y han supuesto un buen apoyo.

En el Bloque II de la encuesta escrita, donde se preguntaba a la mujer por la enfermedad con referencia a su entorno, se deduce que existe toda una “vorágine” de personas a su alrededor, como ellas mismas lo definen en esta parte del estudio, pero casi siempre insuficientes e incluso perjudiciales. Queda claro por tanto que lo mismo en la encuesta escrita que en las preguntas abiertas realizadas a dichos grupos, estas mujeres y su entorno más cercano necesitan más apoyo por parte de una asistencia psicooncológica más extendida y normalizada que ayude a encontrar el rol que cada persona y la propia enferma ocupan con respecto a la enfermedad

Pregunta nº 3

Cuando se propone a los distintos grupos de mujeres que expliquen qué papel han jugado ellas con respecto a su enfermedad, las respuestas se centran en tres aspectos fundamentales.

El primer aspecto trata de lo que ellas denominan “el significado de la búsqueda”. Según relatan, han tratado de buscar información en relación al cáncer de mama puesto que la consideran fundamental para enfrentarse al problema. Una frase común con respecto a ello era *hay que conocer al enemigo para enfrentarse a él*.

En cuanto al segundo aspecto, cabe destacar los esfuerzos de estas mujeres por encontrar los factores que han contribuido a la situación en la que se encuentran. Fue impactante comprobar que la mayoría reconocieron sentirse completamente responsables y, por tanto, culpables de su enfermedad.

El tercer aspecto tiene mucho que ver con la comparación social. Tienden a comparar habilidades y capacidades propias o ajenas en la resolución de otro tipo de problemas, la mayor parte de las veces no relacionados con la salud y que al intentar ponerlas en práctica lo hacen de forma fallida.

Estos tres aspectos llevan a las pacientes a un paso posterior: el de asumir su situación, que se produce en unas ocasiones de forma adaptativa y en otras completamente desadaptativa, pasando de una a otra continuamente. Como ya se comprobaba en los resultados del Bloque IV de la encuesta escrita, que hacía referencia a la enfermedad y las soluciones aportadas por las pacientes, la adaptación hace referencia a la capacidad de la persona para enfrentarse a los cambios internos y externos del medio, manteniendo el equilibrio y potenciando el crecimiento y desarrollo personales. Cuando existe una respuesta adaptativa es cuando la mujer reconoce que ha de fijarse un objetivo realista sobre su enfermedad, se muestra dispuesta al cambio y a reinterpretar la situación en la que se encuentra, así como a encajar los aspectos negativos de la misma. En el caso de la conducta desadaptativa, la mujer experimenta una incapacidad para el aprendizaje que requiere manejar esta nueva situación. Las habilidades intelectuales como el razonamiento, la percepción, la atención, la valoración, el recuerdo o la comunicación se encuentran impedidas de manera importante. Existe en este momento una falta completa de

autocontrol y una aparición brusca de sentimientos negativos como la ansiedad, la ira y la tristeza.

Pregunta n° 4

En este momento del proceso, cuando se pasa a preguntarles por los consejos que les darían a mujeres que comienzan su misma andadura surge en prácticamente todos los grupos un momento de reflexión y de miradas cruzadas. Según ellas, es un poco complicado dar consejos a otras mujeres cuando reconocen que ellas mismas se encuentran aún perdidas.

El punto en el que todas y cada una de ellas coinciden es en que se luce porque haya respuesta a sus preguntas. La obtención de una buena información les parece básica a la hora de afrontar la enfermedad. Al inquirirlas sobre aquellas preguntas que para ellas fueron más importantes y, a su vez, más difíciles de responder, las que proporcionaron fueron las siguientes:

- *¿Me voy a morir?*
- *¿Cómo explico a mi gente lo que me ocurre?*
- *¿Por qué a mí? ¿De qué depende?*
- *¿Se preocuparán los sanitarios lo suficiente?*
- *¿Me están contando la verdad?*
- *¿En qué consiste el tratamiento médico?*
- *¿Conservaré la mama?*
- *¿Qué secuelas tendré a nivel sexual?*
- *¿Me apoyará mi pareja?*
- *¿Soportará mi familia esta situación?*

Con lo expuesto anteriormente podemos deducir que, a pesar de la gran difusión de datos sobre el cáncer de mama y de la sensibilidad de la población en general ante esta situación, el diagnóstico continúa irrumpiendo de forma brusca en la vida de las mujeres. Según ellas mismas

reflejan, antes del diagnóstico esta enfermedad no les preocupaba, a excepción de aquellas con antecedentes genéticos en las que sí se encontraba una situación de riesgo de obsesión por el posible padecimiento de la enfermedad.

Además de la necesidad de información, también les parece interesante que las nuevas afectadas sepan, y en esto vuelve a haber unanimidad, que una vez realizada la intervención quirúrgica o recibido el primer tipo de tratamiento finaliza una etapa por ellas definida como *crítica*. Pasan entonces a entrar en otra diferente en la que ya se comienza a ver “la luz”: el tumor ha sido extirpado, el mal “ha salido de ellas” y ahora existe la posibilidad de rehabilitación y curación. Es un momento que todas viven con esperanzas renovadas e incluso en el que refieren sentir que *la pesadilla ha terminado*, a pesar de que posteriormente se dan cuenta de que el camino de recuperación es largo y costoso (hablan de la quimioterapia, la radioterapia y todo lo que ello conllevan estos tratamientos). Se define, por tanto, esta etapa como de amplia ambigüedad en la que se produce de manera constante un cruce de sentimientos totalmente opuestos: de la euforia a la frustración, y del sentimiento de paz al de amenaza.

Por otro lado, también reconocen que las daría miedo poner en antecedentes a una mujer recién diagnosticada de lo que supone la vivencia del tratamiento posterior al quirúrgico, que para ellas rebasa con creces las expectativas que se tienen hasta el momento. Consideran en su mayoría esta etapa como la más dura, sobre todo por su extensión en el tiempo, los efectos adversos de los tratamientos y el continuo recordatorio de que están enfermas y que se deben hacer revisiones continuas para saber si el tratamiento hace efecto. Es ese justo momento donde la incertidumbre se convierte en “la espada de Damocles”, que las acompaña como una carga demasiado pesada y de la que, según ellas, ni los propios sanitarios son conscientes (*ya no digamos la familia*, destacan algunas). El dato más clarificador que refieren es que es un momento al que *todos llegamos cansados*. Al preguntarlas sobre quiénes son “todos”, tienen la sensación de que su familia, su entorno más cercano y hasta los sanitarios *están cansados*

de ellas, y que ellas sólo sienten malestar general, pérdida de fuerzas y capacidades para cualquier cosa a la que se tengan que enfrentar. De hecho, en la encuesta escrita, y más concretamente en el bloque V, donde se le pregunta a la paciente por su estado general y cómo valoran la afectación de la enfermedad en su vida general, las respuestas son muy variadas, puesto que se trata del punto de mayor subjetividad de los planteados.

A modo de colofón de éste apartado, se puede considerar que una mujer diagnosticada de cáncer de mama posee una serie de preocupaciones y dudas acuciantes, ambas centradas en dos aspectos fundamentales:

1. Características de la enfermedad: necesitan saber en qué momento de la enfermedad se encuentran y qué consecuencias va a tener en su curación, lo que genera una gran ansiedad no resuelta en la mayoría de las mujeres.
2. Las causas de su enfermedad: en un primer momento, la culpabilidad se hace protagonista de las circunstancias, aunque posteriormente pasan a considerar que todo el proceso de enfermar tiene que ver con los avatares de la vida. A pesar de ello, las mujeres se plantean cuestiones como los antecedentes familiares, lo que crea una gran incertidumbre sobre el futuro y la posible herencia a las hijas. Por otro lado, también toma fuerza la teoría de culpabilizar a temporadas de excesivo estrés como las causantes de su enfermedad. Se pueden encontrar también creencias causales como la edad de haber tenido a sus hijos, el amamantamiento o no de los mismos y los hábitos de vida más o menos saludables.

A partir de aquí existen dos orientaciones por parte de la mujer con respecto a la enfermedad y su padecimiento: aquellas mujeres que se centran en sí mismas, en la posibilidad de su sufrimiento y en un fatal desenlace para ellas, es decir, en su muerte. Y, por otra parte, aquellas mujeres a las que sus cargas familiares y sociales les hacen sentir una amplia responsabilidad y centran sus preocupaciones en su pareja, sus hijos, los padres y otras posibles cargas familiares (ancianos a su cuidado, nietos, etc.) a los que deben cuidar. Por tanto, se deduce que existe una diferencia

fundamental en la orientación que la mujer toma a partir de su enfermedad: la que decide centrarse en ella misma ante la enfermedad, que suelen ser las más jóvenes (a pesar de tener una familia con hijos más jóvenes) y que son las que obtienen en su recuperación mejores resultados; y aquellas que se vuelcan en circunstancias externas sin poder ayudar ni a su entorno ni a sí misma.

Llegados a este punto y teniendo en cuenta el perfil de todas las mujeres que han participado en la encuesta grupal y las conclusiones extraídas de la misma, se puede decir que nos hemos encontrado con tres tipos de mujeres bien diferenciadas:

1. Positivista: es el grupo menos numeroso. Se han podido identificar 17 mujeres dentro de éste perfil. Es una mujer que utiliza la enfermedad como crecimiento personal: ha conseguido evolucionar con ella y la ha utilizado como oportunidad de cambio. Ha conseguido llegar a encontrar el equilibrio entre las emociones que han ido apareciendo a lo largo del proceso de la enfermedad, centrándolas en los esfuerzos necesarios para establecer una actitud de superación sin perder de vista una premisa básica en su andadura: el optimismo.
2. Desesperanzada: aquí se engloban un mayor número de mujeres, encontrándose 41 mujeres en circunstancias que permitirían incluirlas en este grupo. Se trata de aquel tipo de mujer que no asume un rol concreto ante su enfermedad y, por tanto, es incapaz de solucionar cualquier tipo de conflicto que aparezca a su paso. No existe en este caso un equilibrio entre sus emociones, dejándose dominar por la ansiedad y viviendo todo el proceso como una gran amenaza. Son mujeres que consideran no tener ninguna influencia sobre la enfermedad y el curso de la misma, por lo que se cargan de una gran negatividad con respecto al pronóstico de la misma.

3. Insegura: en este caso son 25 mujeres de la muestra las que se han incluido dentro de este apartado. Se trata de mujeres que no tienen clara su situación. El sentimiento más experimentado es el miedo, lo que produce un bloqueo que no las permite avanzar, dejándose dominar por la depresión y sin hacerse a la idea de su situación real. Continuamente se desplazan entre la incertidumbre y la inseguridad, reduciendo así las posibilidades de actuación posibles.

3. Aportación artística

A continuación se muestran los resultados de la aportación artística que se pidió a las pacientes, en la que cada una de las mujeres que participaron en el proceso debían realizar, de la forma que ellas considerasen más adecuada, un dibujo que expresase lo más representativo de su enfermedad desde el momento del diagnóstico hasta la actualidad, para lo que se les facilitó el material necesario. A todas ellas se les dio un tiempo máximo de 30 minutos aproximadamente con el objetivo de que no divagasen demasiado. Posteriormente, y en privado, se les pediría que hicieran un breve resumen de lo que habían dibujado, intentando de esta manera obtener la mayor información posible sobre la percepción personal de su enfermedad. En este apartado del estudio únicamente participaron 12 mujeres. El motivo probablemente sea que, como ellas mismas manifestaron, les resultaba muy difícil plasmar sus sentimientos en un papel.

En esta parte del estudio es cuando queda más al descubierto que ante la enfermedad surgen en el individuo una serie de respuestas emocionales que se sitúan en el continuo proceso de adaptación-desadaptación como las que se desarrollan a continuación en base a lo observado en la aportación artística de las pacientes:

1. Dependencia-independencia

La dependencia de los otros es una necesidad humana fundamental durante el crecimiento y desarrollo normal del individuo, y una respuesta saludable a las crisis a lo largo de la vida. A medida que el ser humano madura, se mueve hacia su independencia para llegar a encontrar una interdependencia sana y necesaria para vivir. Por ello, en situaciones normales, todas las personas son en mayor o menor grado dependientes: nadie es absolutamente independiente. Sin embargo, lo más habitual en nuestra sociedad es que la independencia sea valorada como algo positivo, mientras que a la dependencia se le dan connotaciones negativas y de debilidad, sin saber que lo que se promueve con estos valores es un comportamiento de aislamiento y de dificultad a la hora de pedir ayuda a los otros cuando se necesita. En este caso se muestran en algunos dibujos tintes de esa temida dependencia que, en lugar de verse como algo natural del ser humano, la mujer con cáncer de mama trata de esconder a toda costa. Para estas mujeres, reconocer y mantener comportamientos dependientes e independientes en función de la situación ante la que se encuentren se convierte en un reto que, de alguna manera, debería de incorporarse a su orientación y cuidado por parte del personal sanitario. A continuación se muestra uno de los dibujos (figura 143), que denota la necesidad encubierta de la mujer por tener gente a su alrededor. La diferencia de tamaño de unos y otros depende fundamentalmente de la importancia que ésta le da a las personas que la rodean, de tal manera que a mayor tamaño, mayor importancia y a la inversa (Arce, 2010).



Figura 143. Representación de la necesidad de la mujer de tener gente alrededor.

Por otra parte, la distribución de los “monigotes” en el folio indica la cercanía que ella siente por una parte de ellos, de tal manera que los que se encuentran más cerca del suelo son aquellos que la sugieren sentimientos más reconfortantes, mientras que los que dibuja más lejos en altura con respecto al suelo son aquellas personas que intentan estar ahí pero sin conseguir reacción alguna en ella. Los colores mezclados de forma irregular representan un sentimiento de pérdida espacio-tiempo, y la casa dibujada al fondo deja entrever lo lejos que la paciente ve su objetivo final: darle normalidad a su vida.

Según la propia paciente explicaba, se sentía rodeada de gente a los que reconocía necesitar (matizaba que había gente a los que prefería no tener cerca por el hecho de que *la sumían más en su tristeza*), pero siendo consciente de que la mayoría de ellos no sabían o no podían hacer nada por ella (disculpaba sobre todo a los familiares más cercanos: hijos o pareja).

2. Esperanza-desesperanza

Varias mujeres dejan entrever en sus dibujos cómo su situación se ha convertido en un ir y venir por un camino tortuoso, según las interpretaciones de Xandro (2006), pero con dos extremos bien diferenciados: por un lado, se encuentran la confianza, la fe y la esperanza, lo que les lleva a tener una gran determinación ante la situación vivida, a tolerar situaciones difíciles y a mantener la motivación. Por otro lado, encuentran desesperación, desamparo, duda, pena, apatía y gran tristeza, lo que hace que aparezca una pérdida de energía para pensar y actuar, con la consiguiente pasividad que las inmoviliza para actuar.

Algunos ejemplos de lo descrito se muestran a continuación, en las figuras 144 a 147.

Se trata de uno de los ejemplos más representativos. En el *collage* de la figura 144 podemos distinguir perfectamente los signos de esperanza y los de desesperanza:

ESPERANZA	DESESPERANZA
La frase larga.	La falta de descanso: “contar ovejas”.
La expresión: “Me quiero”.	Los envases de fármacos.
La renuncia a continuar “igual”	El ojo con una lágrima.



Figura 144. *Collage* que mezcla esperanza y desesperanza.

La mujer desea continuar hacia delante, tener unas expectativas de futuro, y para ello sabe que debe cambiar, como demuestra que esté rodeada de cacerolas y diciendo “no”. Mediante las frases escritas lo que pretende es reforzar la idea de que necesita concentrarse en aquellas emociones que la ayuden al cambio que hemos comentado anteriormente. Pero por otro lado, su realidad la hace retroceder en esa andadura: los medicamentos que no vienen sino a recordarla que se trata de una persona enferma (posiblemente nadie la haya explicado que en muchos casos son un tratamiento de alguna manera preventivo). Esa incapacidad para conciliar el sueño por una falta de control de las emociones y la lágrima cayendo de su ojo, demuestran que se sigue viendo afectada por la desesperanza.

Sin embargo, la mujer que realizó este *collage* asegura que se encuentra más cerca de la superación que del desánimo y que posiblemente las muestras de desesperanza sean de carácter involuntario.

Otro ejemplo es el que se presenta en la figura 145. En este momento nos encontramos ante una mujer con un arreglo físico notable, incluso parece que, por los trazos de su cara, se encuentra maquillada. Bolso en mano y con volumen en su pelo pero con lágrimas en sus ojos. La frase de la propia mujer fue *quiero salir pero algo tira para atrás de mí constantemente*.



Figura 145. La perfecta mujer llorando.

En el caso de la figura 146, nos encontramos ante el dibujo de este apartado que más se inclina hacia la esperanza. El color negro central hace referencia al proceso de la enfermedad, mientras que los haces de colores a su alrededor implican luz y capacidad para dejarla atrás. Por otro lado, la diferencia entre los colores deja claro que las mujeres cuentan con diferentes alternativas para conseguirlo. Algo curioso a destacar sobre esta aportación es que a todas las pacientes se les facilitó un papel tamaño cuartilla y esta paciente decidió cambiarlo por uno tamaño folio, seguramente debido a una necesidad de expansión, de ampliar horizontes, y una manera de reflejarlo podría ser ese cambio de tamaño en el papel.



Figura 146. Grito a la esperanza.

Por lo que respecta a la figura 147, lo que encontramos en la aportación artística es una mujer capaz de ver con claridad que la enfermedad pasa por varias etapas y que, si superas una, puedes pasar a la siguiente “mientras que si no arreglas la rueda, serás incapaz de seguir hacia delante”.

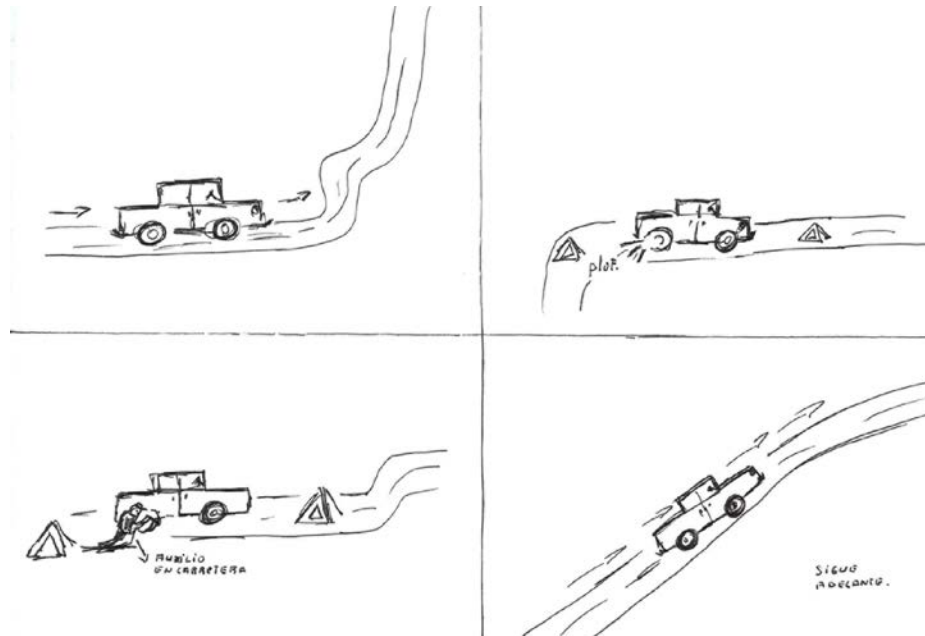


Figura 147. Paralelismo con las etapas de la enfermedad.

3. Flexibilidad-rigidez

El tipo de respuesta que estas mujeres reflejan en sus dibujos viene determinada por su capacidad para ser o no flexibles ante la situación que viven. Aquellas que son flexibles tienen mayor capacidad para responder a los cambios que se producen en su vida a partir del momento del diagnóstico, mientras que las mujeres inflexibles presentan dificultades para adaptarse al cambio y alterar su comportamiento habitual. Estas últimas son mujeres cerradas, poco dispuestas a asumir un nuevo aprendizaje, lo que les supone grandes dificultades a la hora de solucionar problemas y de mantener relaciones interpersonales saludables.

La rigidez viene determinada por la espiral que encontramos en la parte superior de la figura 148, como define Xandro (1989). La mujer sabe que fuera de esa espiral encontrará un mundo lleno de posibilidades, de ahí la disyuntiva en la que se encuentra entre la rigidez y la flexibilidad de su comportamiento.

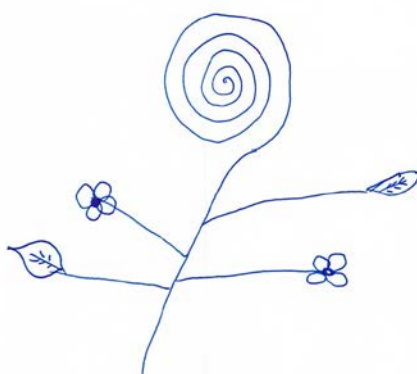


Figura 148. Rigidez que desemboca en flexibilidad.

Otro claro ejemplo es la ilustración que se recoge en la figura 149. En esta paciente ya se ha operado el cambio, es decir, “antes de” aparece un reloj marcando las horas más largas de lo normal. Este hecho, según Arce (2010), determina que la mujer está marcada por un ritmo de vida inflexible y que, por lo tanto, se le hace infinitamente más duradero por la falta de movimiento y creatividad. Probablemente a raíz del padecimiento de la enfermedad la mujer ha sido capaz de evolucionar hacia un ritmo “normal” de vida porque haya encontrado la salida de esa angustiosa quietud y monotonía.

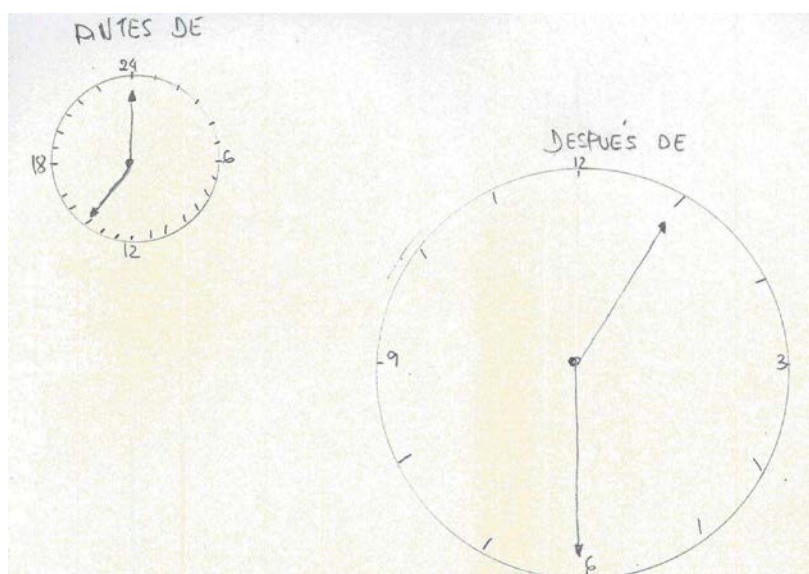


Figura 149. Cambio del ritmo vital.

4. Culpa

El sentimiento de culpa aparece más reflejado en la aportación artística de las pacientes de lo que ellas mismas suponen. Esta emoción aparece sobre todo en aquellos casos en los que la mujer siente que ha hecho algo mal, que ha disgustado con su comportamiento a los demás y que ha recibido por ello un castigo en parte merecido (Xandro, 2000). Estas mujeres afirman que hay una discordancia entre lo acontecido y los valores reales que le han sido inculcados. En el papel aparecen situaciones diferentes dependiendo de la mujer que haya realizado el dibujo. Así, algunas demuestran la aparición de esos sentimientos de culpa, lo que les provoca un gran desorden interno, con la consiguiente dificultad de organización. Es el caso del dibujo que se muestra en la figura 150.

En este caso, al hablar con la mujer descubrimos que no sólo existe un sentimiento de culpabilidad, sino que situarse de espaldas a su realidad: casa, coche, mesa, las personas de su entorno... pone de manifiesto un sentimiento de vergüenza: se avergüenza de lo que padece porque cree que se trata del resultado de sus malas acciones.



Figura 150. Mujer que le da la espalda a la realidad.

Por otro lado, existen mujeres que han logrado valorar la situación de culpa que padecen y han intentado perdonarse mediante una observación coherente de la realidad. Y, por último, están aquellas que no consiguen dominar su culpa y la proyectan sobre una persona cercana, que se convierte en la culpable de todos sus males. Un ejemplo de lo anterior según la interpretación de Arce (2010) sería el que se presenta en la figura 151.

La mujer que realizó este dibujo comentaba cómo le venían a la imaginación sobre todo imágenes de mujeres con un cuerpo escultural y, por supuesto, con ambos pechos. No obstante, a su vez reflejaba que había decidido dejar de proyectarse en otras mujeres y ser ella misma: *soy especial y he aprendido a que eso me haga sentir bien*, comentaba.

La interpretación del dibujo suscribe su teoría, pues a pesar de dibujarse con un solo pecho, describe una mujer arreglada mediante su pelo suelto y el uso de maquillaje a la vez que una ropa vistosa.



Figura 151. Intento de proyección sobre lo perfecto.

5. Ira

Éste es un sentimiento que todas las enfermas a lo largo del estudio han reconocido tener en algún momento de su enfermedad. La ira aparece cuando la mujer tiene sentimientos de molestia y desagrado, cosa totalmente normal cuando hablamos de una persona que padece una enfermedad de estas características. Este sentimiento lleva a la mujer a tener una serie de comportamientos que pueden ser constructivos o destructivos, por lo que el manejo de la misma se torna muy interesante ya que los comportamientos constructivos fomentarán una conducta adaptativa, mientras que los destructivos llevarán a la mujer a conductas desadaptadas. A continuación se muestra la aportación artística de una mujer completamente dominada por la ira, según los reflejados por las interpretaciones de Xandro (1989) (figura 152).

Todo el dibujo aparece pintado de negro. Únicamente se puede adivinar un hueco de un milímetro en el medio de la oscuridad al que resultará absolutamente imposible abrirse paso. Según la interpretación realizada, esta mujer se encuentra completamente dominada por la ira, y prueba de ello es que colabora con su aportación artística probablemente porque se siente obligada, pero no deja entrever absolutamente nada de su mundo emocional por su gran enfado con todo su entorno. De hecho, al pedirla que interpretara su dibujo comentó: *no creo que sea necesario ¿no está lo suficientemente claro?* con un tono ciertamente retórico.

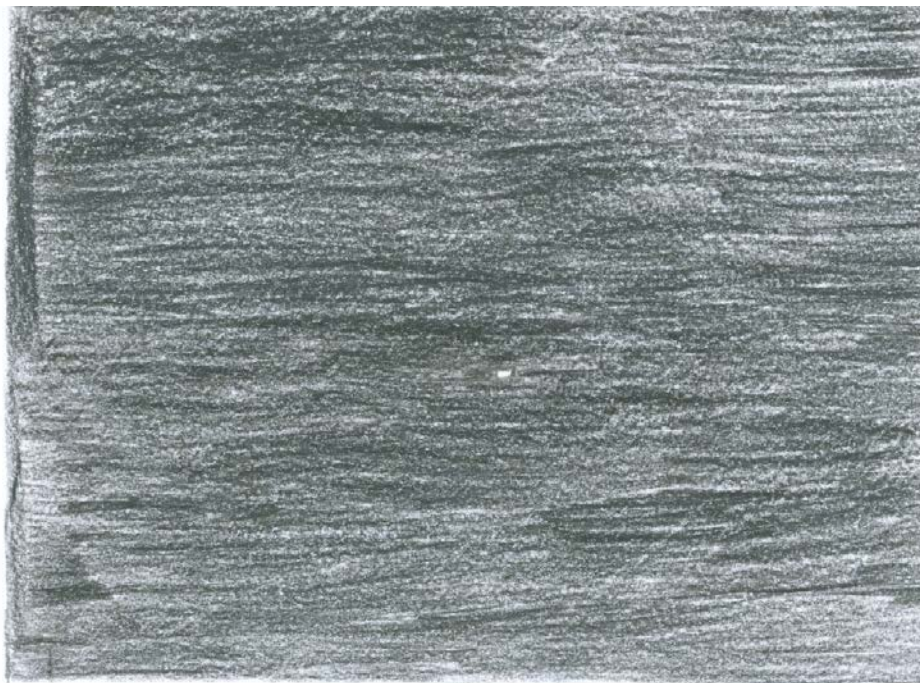


Figura 152. La oscuridad.

Lo que se deja ver en el siguiente dibujo (figura 153), es que la ira se suele tornar en una llamada de atención que, canalizada correctamente, lleva en muchos casos a tomar resoluciones muy creativas.

El volcán demuestra cómo estamos hablando de un tema profundamente candente, y ante el que tanto la paciente como nosotros nos podemos “quemar”, porque *es un tema que quema* según describe la propia mujer.

En el siguiente caso (figura 154) la interpretación de la imagen nos lleva a la conclusión de que el enfado y la ira de la mujer toman tal dimensión que cree que en cualquier lugar se va a encontrar mejor menos en el que se encuentra actualmente. Según la propia afectada *ahora mismo me ahogo en estas circunstancias; necesito correr y alejarme de todo y de todos*. En este caso, la interpretación del dibujo tiene unas connotaciones muy interesantes:

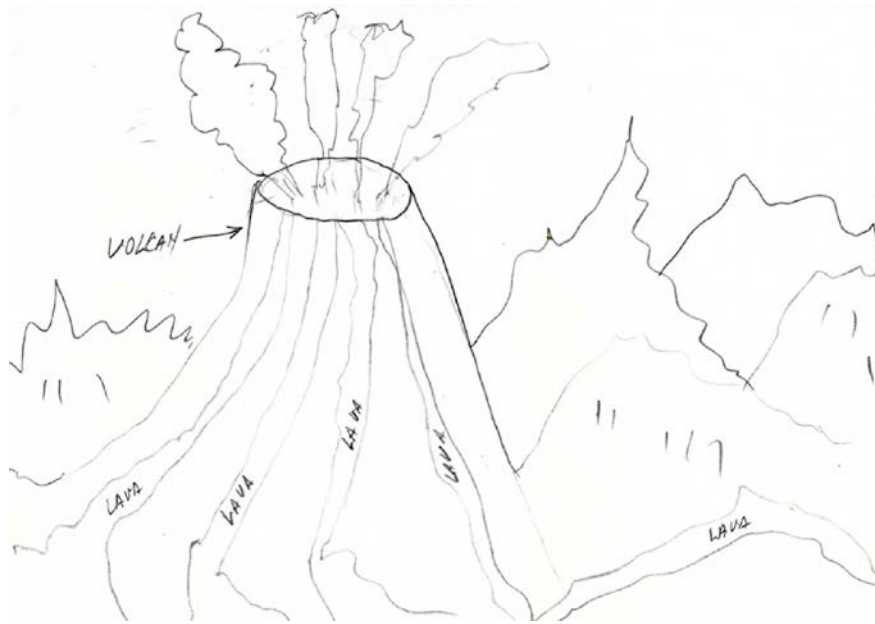


Figura 153. Cáncer de mama: situación candente.

1. Advierte a todo el mundo que se va.
2. Saluda porque se encuentra completamente convencida que lo que la espera es infinitamente mejor.
3. El medio de transporte elegido (tren) significa movimiento continuo, pausado y sin retorno: necesidad de cambio.
4. Las nubes de tamaño descendente dejan entrever de nuevo que a medida que avance, el tiempo mejorará. En general se puede decir que vendrán tiempos mejores.
5. Todo ello se confirma con la frase: *ganas de marchar y no volver*.



Figura 154. Demostración plena de deseo de renovación y cambio.

Podemos sacar en conclusión que la aportación artística denota la existencia de tres tipos de mujeres dentro del diagnóstico *cáncer de mama*. Están las mujeres positivistas, entre las que podemos encontrar cuatro personas bien diferenciadas; las mujeres desesperanzadas, que hacen un número de tres y, por último, las inseguras, que en este estudio serían cinco. Los agentes estresantes producen alteraciones emocionales que, a su vez, conducen a situaciones de necesario cambio, haciéndolo estos tres tipos de mujeres de manera distinta:

- La mujer desesperanzada se empequeñece ante la situación estresante y presenta todo tipo de dificultades para adaptarse a los cambios necesarios para afrontar su enfermedad.
- La mujer insegura afrontará el cambio intentando utilizar los recursos de los que ya disponía antes de la enfermedad, pero que no serán suficientes, pues se trata de recursos utilizados por una persona sana, lo que no es el caso en este momento.

- La mujer positivista, sin embargo, tratará de aprender o adquirir nuevos recursos que la faciliten el enfrentarse a la enfermedad, con lo cual nuevamente se trata de una persona que saldrá de una u otra manera reforzada de esta situación.

La forma en que la percepción personal va a afectar al impacto de los acontecimientos estresantes, la valoración que realice la mujer del agente estresor y los recursos de que dispone para hacerles frente, desempeñarán un papel fundamental en el curso de su enfermedad. Cabe destacar que la percepción es un proceso puramente psicológico (Dember *et al.*, 1990): la mujer no visualiza la enfermedad, sino que trata de entender lo que ve y lo interpreta. La interpretación que da entonces viene determinada por diferentes factores, pero fundamentalmente por la experiencia (Echebarria, 1991).

Las técnicas elegidas para llevar a cabo el estudio están directamente relacionadas con el hecho de que nos enfrentamos a personas, en este caso mujeres, que, debido a un diagnóstico de cáncer de mama, han sufrido un cambio en su rutina, costumbres y actividades habituales, lo que les puede provocar una situación profundamente inquietante. La amenaza de la satisfacción de sus necesidades hace que el individuo viva tensiones (físicas, psicológicas, sociales y espirituales) que el organismo tratará de eliminar poniendo en marcha un conjunto de reacciones fisiológicas, cognitivas, emocionales y sociales para adaptarse. Así, se producen estrategias de afrontamiento, realizando un esfuerzo, consciente o inconsciente, con el fin de prevenir, eliminar o debilitar los agentes estresantes. Las formas en que las pacientes afectadas por un cáncer de mama se enfrentan a esta situación son, según García-Campayo *et al.* (2001), las siguientes:

- a través de mecanismos de defensa como la negación,
- mediante la racionalización,

- o bien con el uso de la proyección, mecanismo psicológico mediante el que el sujeto saca de sí mismo y localiza en otro sentimientos, deseos que no reconoce o rechaza de sí mismo. La proyección consiste en culpar a los demás por lo que nos pasa, lo que comúnmente se denomina *buscar un chivo expiatorio* (Valdés, 2003).

Según García-Campayo *et al.* (2001) y Valdés (2003), hay pacientes que se *empequeñecen* ante la situación estresante y presentan dificultades para enfrentarse al cambio. Otras deciden, sin embargo, enfrentarse al cambio utilizando para ello los recursos de que disponían anteriormente y, por último, algunas aprenden a utilizar nuevos recursos de afrontamiento, con que saldrían reforzadas de la situación. Por ello, a pesar de ser pacientes afectadas por la misma enfermedad, tendrán distintas formas de reaccionar a la misma y, por lo tanto, reaccionarán de forma diferente ante el estudio.

A la hora de comparar los resultados obtenidos en este estudio con los realizados por otros autores, debe señalarse que aunque se ha estudiado extensamente el cáncer de mama en relación a los posibles tipos de tumor y su pronóstico, factores de riesgo, sintomatología, técnicas de diagnóstico así como su tratamiento, no ha existido el mismo interés en el caso del mundo emocional de estas pacientes, así como su influencia en la recuperación de su salud. No ha sido hasta el momento actual que se ha comprobado que tanto la razón como las emociones forman parte del individuo.

Como señala Greene (2001), *las estrategias racionales del ser humano, maduras a lo largo de la evolución, no se habrían desarrollado sin emociones y sentimientos*. Un elemento vital para llegar a decisiones morales complicadas es la emoción, no el razonamiento lógico. Así, se ha encontrado que las emociones intensas, especialmente en momentos clave de la primera infancia, pueden ser un gatillo para cambios de comportamiento y modificaciones cerebrales que persisten después de desaparecer la emoción, y que van a condicionar futuras respuestas emocionales (Turabián *et al.*, 2003).

El pensamiento “racional u objetivo” se presenta frecuentemente como antagónico con el “subjetivo o emocional”, aspecto que hoy en día se rechaza ya que se sabe que el córtex frontal participa activamente en la producción, experimentación y dirección de nuestras emociones, ponderándolas y dotándolas de mayor profundidad. De hecho, estudios recientes sugieren que el pensamiento emocional desempeña un papel crucial en la habilidad humana para tomar decisiones (Manes *et al.*, 2002; Fraser *et al.*, 2009).

Y es precisamente en este punto donde el sistema sanitario actual pierde a este tipo de pacientes, sobrevalorando los procedimientos técnicos frente a la empatía profesional básica en cualquier profesional sanitario. Los resultados en términos de salud también están relacionados con los aspectos afectivos de los pacientes, y la confianza generada en cada persona por parte de los profesionales es un potente predictor de la evolución de la enfermedad en los mismos (Spiegel *et al.*, 2015). Rakel *et al.* (2000) indicaron que *cuidar sin ciencia es una acción cariñosa bienintencionada, pero no es medicina*, al mismo tiempo que señala que *la ciencia sin cuidar al paciente, vacía de sentido a la medicina y se opone a su potencial*.

Debe destacarse que los estudios encontrados en la revisión bibliográfica realizada están relacionados con los aspectos psicológicos de las mujeres afectadas por un cáncer de mama, y tratan de describir a la mujer descubriendo la intervención psicológica más adecuada para su tratamiento y, más concretamente, de los estilos de afrontamiento de este tipo de enfermas; los sentimientos de ansiedad, ira y depresión, muy presentes en su vida cotidiana, así como las medidas no farmacológicas empleadas para el control del dolor y la calidad de vida que presentan durante y después de la enfermedad.

Kaminska *et al.* (2015) llevaron a cabo una intervención psicológica en mujeres con cáncer de mama y destacaron la relación de los factores emocionales con el estado de salud en general, y con el cáncer en particular.

La mayoría de los estudios pueden enmarcarse en cuatro grandes áreas: la búsqueda de un perfil premórbido de personalidad relacionado con el cáncer; el estudio de las influencias de las situaciones estresantes y emociones negativas tales como ansiedad, ira y depresión; el análisis de los estilos de afrontamiento que las personas con cáncer ponen en marcha ante la enfermedad y su repercusión en la evolución de la misma; y el tipo de intervenciones psicológicas concretas que pueden ser más efectivas para reducir el malestar emocional y los problemas de adaptación psicosocial que se derivan del padecimiento y el tratamiento de esta enfermedad, así como la manera de alcanzar una mayor calidad de vida.

El diagnóstico de cáncer de mama es una importante fuente de estrés que produce una gran variedad de problemas de adaptación. Como se demuestra en este estudio, la mayor parte de las pacientes durante la entrevista grupal refirieron que uno de los momentos de mayor incertidumbre es aquel en el que las revisiones se van espaciando, ya que sienten un menor control sobre la salud y una pérdida de rumbo importante. Sin embargo, podemos encontrar otros estudios, como los llevados a cabo por Northouse (1989), Stanton y Snider (1993) o, más recientemente por Zainal *et al.* (2013), en los que se considera que el momento más estresante para la mujer aquejada de esta enfermedad es el que va desde que es informada de su diagnóstico hasta la intervención quirúrgica. Tanto en nuestro estudio como en el de Halstead y Fernsler (1994) o Kornblith (1998) queda patente que determinadas emociones negativas asociadas al cáncer continúan influyendo durante varios meses después de finalizar el tratamiento. Muchas pacientes refirieron tener ansiedad, miedo a la recidiva, sentimientos de soledad y problemas en diferentes ámbitos de su vida (social, físico, laboral, sexual, etc.). Schou *et al.* (2003) observaron que el 34% de las mujeres afectadas por un cáncer de mama que participaron en su estudio mostraban ansiedad antes de la cirugía, valor que se redujo hasta el 26% transcurrido un año desde ésta. También Mehner y Koch (2008) encontraron que un 19% de las mujeres con cáncer de mama que tomaron parte en su estudio presentaban ansiedad. Al igual que demostraron Spencer *et al.* (1998), en el presente estudio se ha observado que las pacientes

mantienen una serie de preocupaciones con respecto a su enfermedad incluso cuando el cáncer ha desaparecido como, por ejemplo, la incertidumbre ante una recidiva, la consideración de si el proceso que han vivido podría volver a agudizarse o cronificarse, o su adaptación a una vida sin enfermedad. Queda claro que la finalización del tratamiento no marca el final del proceso de adaptación, sino que éste continúa a lo largo de la etapa de seguimiento.

La pregunta siguiente en este momento trataría sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por las pacientes con cáncer de mama así como las relaciones entre diferentes niveles o formas de afrontamiento: cogniciones, conductas y respuestas emocionales. En nuestro estudio se ha comprobado que para contrarrestar el malestar producido por una emoción desagradable estas mujeres cuentan con diversos mecanismos de control emocional, tal y como han puesto de manifiesto Font *et al.* (2009) y Cano-Vindel *et al.* (1994 y 1997). Estas estrategias de afrontamiento son actividades que podemos desarrollar los seres humanos, bien de tipo cognitivo o de tipo conductual (Folkman *et al.*, 1985). En el caso de la mujer con cáncer de mama, nos hemos encontrado con un estilo represivo de afrontamiento, es decir, se trata de mujeres que van a intentar controlar todas y cada una de las respuestas que componen una emoción negativa, de tal manera que el control que ejerza sobre cada una de ellas será diferente, provocando una elevada discordancia entre los distintos sistemas de respuesta: fisiológico, cognitivo y motor, ya demostrado por Bonadonna *et al.* 1981.

Karakoyun-Celik *et al.* (2010) consideran que es la incapacidad para expresar las emociones o el intento de control emocional el dato más relevante y característico de la mujer con cáncer de mama, intentando relacionar este hecho tanto con el comienzo como con la progresión de dicha enfermedad (Stavraky *et al.*, 1968; Cox *et al.*, 1982; Greer *et al.*, 1985; Temoshok, 1987; Hsiao *et al.*, 2013 y Thompson *et al.*, 2013). En nuestro estudio queda patente que la mujer, ante su entorno más cercano, decide no expresar sus emociones para evitar el “daño” hacia los demás”. En este sentido Sirgo *et al.*(1996) obtuvieron una mayor incidencia de un

potencial estilo represivo de respuesta en un grupo de mujeres con cáncer de mama al compararlas con un grupo control de mujeres sanas de la misma edad y características socioculturales.

La definición de Psicooncología en 1992 como ciencia supuso un antes y un después en el estudio de los aspectos psicológicos de los paciente oncológicos. Con ella se viene a definir el trabajo del psicólogo formado en Oncología, integrado habitualmente en un equipo multidisciplinar oncológico que asume las tareas del soporte psicológico de este tipo de pacientes desde su diagnóstico hasta su recuperación o muerte. Es a partir de este momento cuando comienzan a surgir estudios sobre los diferentes trastornos psicológicos que padecen los enfermos con cáncer.

En nuestro estudio hemos observado que un porcentaje importante de mujeres presenta sentimientos depresivos. Al responder a la segunda pregunta del bloque I del cuestionario, el 23,5% se sentía muy triste/deprimida, y un 18,4% bastante triste/deprimida. Diversos estudios relacionan al enfermo oncológico con la depresión, desgraciadamente muy frecuente entre estos. En concreto, la prevalencia media se sitúa en aproximadamente el 24%, pudiendo alcanzar el 50% en los enfermos con leucemias agudas (Colon, 1991). Otros estudios han señalado que las mujeres con cáncer de mama experimentan depresión y altos niveles de ansiedad producidos por el diagnóstico, reacciones desadaptativas, inhibición afectiva y, en general, altos niveles de estrés psicológico e ira (Grassi *et al.*, 1987; Grassi y Capellari, 1988; Grassi y Molinari, 1988; Ward *et al.*, 1988) Por el momento no se han realizado estudios en los que se recoja la eficacia de tratamientos para la depresión en población con cáncer, por lo que futuras investigaciones deberían tener en cuenta las particularidades de esta población a la hora de elaborar programas de tratamiento validados y eficaces para este tipo de enfermos.

Otro de los aspectos que queda reflejado en este estudio es la presencia de ansiedad en todas las mujeres encuestadas a lo largo del proceso que supone el padecimiento de un cáncer de mama, siendo más o menos relevante dependiendo de la etapa de superación de la enfermedad en

la que se encuentren. Existen estudios al respecto, dentro de los cuales se diferencia entre trastorno de ansiedad generalizado y trastorno de pánico, siendo ambos términos difíciles de contraponer por sus particulares características (Bek *et al*, 1994). En el presente estudio sí se deja ver la presencia de la ansiedad como algo rutinario. Así, a la primera pregunta del bloque I acerca de si últimamente habían sentido miedo o se habían encontrado tensas o nerviosas (figura 12), la mayor parte de ellas indicaron que sí habían tenido estos sentimientos (el 38,8% manifestó haber sentido bastante miedo o nervios y el 20,4% mucho miedo).

Otro concepto que ha tratado de prosperar con la aparición de la Psicooncología es el concepto de *calidad de vida*, que había sido valorada en diversos estudios mediante diferentes escalas numéricas de ajuste (Lavery y Clarke, 1996; Klauer y Filipp, 1997; Ben-Zur *et al.*, 2002), de impacto por la enfermedad (Wagner y Armstrong, 1995), o diferentes medidas de calidad de vida y bienestar (Miller *et al*, 1996; Nordin y Glimelius, 1998; Schnoll *et al.*, 1998; McCaul *et al.*, 1999; Stanton *et al.*, 2000). En este caso los estudios realizados muestran resultados escasos, y los que aparecen son heterogéneos en cuanto a la categoría de afrontamiento. Los conceptos de aceptación de responsabilidad y evitación (Miller *et al.*, 1996; McCaul *et al.*, 1999), se asociaron a peores resultados en calidad de vida a los cuatro meses después del diagnóstico.

Diversos estudios (Wagner y Armstrong, 1995; Ben-Zur *et al.*, 2001) que emplearon la escala de afrontamiento COPE, encontraron que la “supresión de actividades distractoras”, la “religiosidad”, “desahogarse”, la “negación” y la “desconexión conductual” se relacionaron con un mayor impacto de la enfermedad. En cambio, y tal y como viene a reflejar nuestro estudio, la capacidad de la mujer de alcanzar una determinada calidad de vida con un diagnóstico de cáncer de mama depende de forma directa de los procesos de adaptación seguidos durante el tiempo de tratamiento, pero más aún durante el tiempo de recuperación. Stanton *et al.* (2000) a su vez, pusieron de manifiesto que la aceptación y el correcto uso de los procesos

de adaptación se asocian de forma directa con una mejor calidad de vida a partir de los tres meses después de iniciado el tratamiento.

Las diferencias, pues, entre todos los estudios descritos anteriormente y el que en este momento nos ocupa es la aplicación del conocimiento del estado emocional de la paciente con cáncer de mama a su recuperación. En los estudios anteriormente descritos se valora el estado represivo de afrontamiento, la depresión o la ansiedad en su aplicación a la aparición y desarrollo de la enfermedad cancerosa, pero no en los efectos que este tipo de afrontamiento va a tener en la recuperación de la paciente con este tipo de cáncer. En nuestro estudio se puede ver a partir de la entrevista grupal, como el estilo de afrontamiento ante la enfermedad marcará la forma de ver la posibilidad de la recuperación de la misma. Un estilo de afrontamiento positivo influirá directamente sobre las capacidades emocionales de la mujer para sobreponerse a la enfermedad, creando un entorno seguro y centrándose en la recuperación. Cuando hablamos de un afrontamiento represivo, la mujer limita en gran medida sus herramientas emocionales supeditándose a medidas ajenas para su recuperación, lo cual impide al organismo evolucionar hacia la total recuperación. William James (1842-1910), psicólogo americano, y Carl Lange (1834-1900), fisiólogo danés, sugirieron por separado explicaciones similares de las emociones, a las que la mayoría de las personas se refieren como la *teoría de James-Lange*. La teoría postula que las situaciones generadoras de emociones provocan una serie de respuestas fisiológicas apropiadas a la situación del individuo en concreto. El cerebro recibe retroalimentación sensitiva de los músculos y de los órganos que producen dichas respuestas, y es esta retroalimentación lo que constituye nuestra vivencia de la emoción.

Finalmente, los resultados obtenidos en este estudio pretenden servir de guía a las pautas de intervención psicológicas más adecuadas a la hora de tratar a estas mujeres a ese nivel. La mujer que padece un cáncer de mama no sólo necesita tratamiento a un nivel físico, sino también a nivel psicológico a partir del estado emocional en el que se encuentra en dicho momento (esta idea es extrapolable posiblemente a cualquier enfermedad

que padezca la persona). Cada instancia de enfermedad es diferente porque se produce sobre un sustrato diferente, constituido por una persona determinada. Puesto que cada mujer en este caso responde de forma diferente según diversos factores como la dotación genética, su estado general inicial, la relación previa con la enfermedad, los efectos del condicionamiento, etc., las manifestaciones del cáncer de mama a nivel psicológico serán siempre variables. Este último hecho determina por sí mismo que las intervenciones psicológicas en el abordaje del cáncer de mama deben ser individuales.

De forma general y después de revisar los resultados obtenidos mediante el estudio llevado a cabo con mujeres con cáncer de mama, se pone de manifiesto que el proceso de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama se acompaña de problemas psicosociales en un gran número de pacientes (Ferrero *et al.*, 1995). Un número elevado de ellas padecen trastornos psicológicos y psiquiátricos que precisan de atención especializada, e incluso hasta la mitad de las que no reúnen criterios para ser incluidas en ninguna categoría diagnóstica de las anteriores muestran síntomas de estrés en relación con el proceso de su enfermedad (Fridfinnsdottir, 1997).

La labor asistencial a realizar debe ir encaminada, como ya se ha visto a lo largo de todo el estudio, no sólo a la propia paciente sino también y de forma fundamental, a todos aquellos miembros de la familia que mantengan una relación más estrecha con ella. Los objetivos de esta labor se pueden resumir en cuatro:

1. Proporcionar un cuidado asistencial a la paciente desde un punto de vista más humanista, incluyendo no sólo a la mujer enferma sino también a su familia, partícipes y afectados por la enfermedad. De esta manera, se conseguirá una mejor adaptación al diagnóstico, pronóstico y tratamientos posteriores, es decir, al propio proceso de la enfermedad.

2. Asegurarse de que a pesar del padecimiento del cáncer de mama y de todo lo que la enfermedad conlleva, la enferma tenga un nivel de calidad de vida elevado.
3. Disminuir el impacto que supone la dinámica hospitalaria en personas no acostumbradas al uso habitual de los servicios sanitarios.
4. La mujer ha de ser tratada por un equipo multidisciplinar: médico, enfermera, auxiliares de enfermería, psicooncólogo, etc., de manera que se reparta equitativamente la responsabilidad del personal sanitario en cuanto a su “obligación” de tener que proporcionar asesoramiento y soporte psicológico a la unidad familiar afectada, distribuyendo así la gran carga de estrés tanto por parte del profesional sanitario como de la familia.

Se puede decir que cualquier paciente con cáncer de mama es susceptible de recibir terapia de apoyo, que se orientará a facilitar las expresiones emocionales y a enseñar el modo de manejar los problemas que surgen asociados a la enfermedad oncológica. Por ello, se puede decir que el trabajo a realizar a nivel psicológico debe ir centrado en torno a dos aspectos: la experiencia emocional y el afrontamiento y la adaptación al cambio.

Dentro del primer apartado, la experiencia emocional, se debe hacer una primera valoración que abarque la situación emocional de la paciente en ese momento, y que incluiría:

- o Valoración del estado de ánimo en ese momento y determinación de los sentimientos predominantes.
- o Observar cualquier cambio en el estado de ánimo y el origen del mismo.
- o Determinar la capacidad de la persona para reconocer sus propias emociones y la forma en que éstas le ayudan o entorpecen en su estado de salud.

- o Localizar la forma en que la familia de la paciente expresa y comparte sus emociones, para identificar los patrones de comportamiento familiar y su influencia sobre la paciente.

Una vez localizadas las necesidades de la paciente y determinados los problemas emocionales existentes, se ha de pasar a las intervenciones a realizar, que en este caso incluirían:

- ✓ Proporcionar información a la paciente y a la familia sobre los aspectos más importantes y significativos de su estado emocional.
- ✓ Explicarles a ambos cuáles son las mejores formas para expresar los sentimientos y hacerlos comunes dentro del seno familiar.
- ✓ Enseñar a detectar los sentimientos y las emociones negativas para poder manejarlas mediante técnicas de autocontrol emocional, como por ejemplo, la relajación o el manejo de habilidades sociales como la empatía.

Para que estas intervenciones sean efectivas, deben realizarse dentro de un programa de trabajo de progresión, yendo desde los comportamientos más básicos de la paciente, hasta los pensamientos que tiene de forma habitual, llegando a la expresión de los sentimientos (Goldberg *et al.*, 1992).

En cuanto al segundo apartado, el afrontamiento y la adaptación al cambio, se debe realizar una nueva valoración que consistirá en:

1. Evaluar la percepción de la persona sobre sí misma, respecto a la situación que vive y en relación a su estado de ánimo.
2. Determinar los recursos de afrontamiento de que dispone, tales como:
 - o Recursos de salud: se trata de valorar el bienestar físico de la mujer, fundamental para afrontar una situación como el cáncer de mama.
 - o Habilidades sociales: la capacidad de relación con el entorno y las personas que la rodean en su vida cotidiana es fundamental para sobrellevar la situación.

- o Resolución de problemas: aquellas mujeres que cuentan con disposición y recursos tienen más posibilidades de manejo de la situación que aquellas escasas en recursos.
 - o Soportes sociales: tener gente cerca a la que se pueda recurrir en un momento dado hará que la paciente tenga un mejor afrontamiento social, sobre todo de cara a contar el proceso que sufre y su evolución.
 - o Recursos económicos: una buena economía ayuda a afrontar cualquier tipo de estrés y, por lo tanto, ayudará a afrontar la enfermedad; en el caso de que no la haya, se debe contemplar la posibilidad de recurrir a la asistencia social.
 - o Recursos personales: los valores y creencias de la persona antes de la enfermedad serán la guía de la misma durante todo el proceso. Por ello, si no se sustenta en pilares fuertes, se ha de ayudar a la mujer a corregir su trayectoria.
 - o Contacto con el sistema sanitario: será básico el tipo de contacto que se establezca con el personal sanitario, pues influirá de manera decisiva en el manejo de la enfermedad tanto por parte del personal como de la paciente.
3. Examinar la capacidad de la paciente para superar la enfermedad.
4. Explorar intrínsecamente los signos físicos y emocionales del estrés.

Una vez realizada dicha valoración, se pasará, como en la fase anterior, a las intervenciones que consistirán en:

- ✓ Identificación de los elementos causantes de estrés: estos pueden ser de índole interna, como por ejemplo, la autocrítica que la paciente realiza sobre sí misma o de índole externa, como problemas económicos o conyugales. El profesional ayudará a la paciente a localizar todas aquellas reacciones que tiene ante determinadas situaciones propias de la enfermedad. Una vez que sea consciente de ellas, también será capaz de determinar el estímulo que las produce.

- ✓ De esta manera, la segunda intervención irá encaminada al manejo de esos estímulos, intentando eliminarlos, corregirlos o adaptarse a ellos de la forma más sana posible. Se debe enseñar a la paciente que los estímulos estresores deben ser controlados pero no eliminados de forma radical, pues eso implicaría privar a la paciente del reto y la oportunidad de crecimiento personal.
- ✓ Es en este momento cuando podrá hablar de las respuestas de tipo adaptativo de la mujer. Es el momento de aprender y desarrollar mecanismos efectivos ante todas las situaciones que provoca la enfermedad, para que todos los cambios vistos hasta ahora se consoliden y lleguen a constituir nuevos estilos de vida para la paciente.

A modo de resumen, se puede decir que la intervención terapéutica a nivel psicológico de la paciente con cáncer de mama debe producirse en el momento en el que se conoce el diagnóstico, y debe ser mantenida y prolongada en el tiempo, con el fin de conseguir una consolidación de respuestas adaptativas de carácter duradero. Los profesionales psicoterapeutas no pueden descuidar que aprender a manejar las emociones es determinante para mantener y/o recuperar la calidad de vida de estas pacientes.

Conclusiones

1. Las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que han participado en el estudio tenían una edad media de 53,1 años. La mayoría estaban casadas o vivían en pareja, tenían hijos y habían obtenido el graduado escolar o cursado estudios primarios o Formación Profesional. El diagnóstico de su enfermedad se había producido hacía una media de 4,3 años, diagnosticándose un tumor en estadio II. La gran mayoría se había sometido a tratamiento quirúrgico y de quimioterapia, y algo más de la mitad se encontraban en fase de seguimiento sin recidiva previa, y se sometían a revisiones cada 6 meses o 1 año.
2. El diagnóstico de cáncer de mama es una importante fuente de estrés que produce variedad de problemas de adaptación en quien lo padece. La finalización del tratamiento no supone el final del proceso de adaptación, que continúa a lo largo de la etapa de seguimiento de su enfermedad.
3. Las mujeres que han participado en el estudio presentan una mayor sensibilidad a la hora de enfrentarse a una situación negativa y tienden a disgustarse fácilmente, lo que pone de manifiesto que su enfermedad ha supuesto una lesión importante en su parte emocional. Para ellas, su enfermedad ocupa un lugar importante en sus vidas, y lo hace de forma permanente. En general, se sienten responsables y, de alguna manera, culpables, de su enfermedad.

4. La mujer diagnosticada de cáncer de mama pasa por varias etapas en cuanto a aceptación se refiere, avanzando y retrocediendo en ellas fácilmente, de tal manera que no se controlan hasta que la mujer pasa a una fase de adaptación, bien a través de conductas adaptadas, bien mediante conductas desadaptadas.
5. La mujer con cáncer de mama considera que existe una vorágine de personas a su alrededor, pero casi siempre son insuficientes o perjudiciales.
6. El estudio ha permitido diferenciar tres tipos de mujeres: aquellas cuyo diagnóstico les ha permitido cambiar la perspectiva de su vida; aquellas que de alguna manera se han quedado ancladas en el duelo oncológico y, por último, mujeres con dependencia emocional, probablemente consecuencia de experiencias determinadas en la infancia.
7. La intervención terapéutica a nivel psicológico de la paciente con cáncer de mama debe producirse en el momento en el que se conoce el diagnóstico y debe ser mantenida y prolongada en el tiempo, con el fin de conseguir una consolidación de respuestas adaptativas de carácter duradero.

Bibliografía

- Aaldriks AA, Van der Geest LG, Giltay S, et al. Frailty and malnutrition predictive of mortality risk in older patients with advanced colorectal cancer receiving chemotherapy. *Oncol.* 2013;4:218-26.
- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in Oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85:365-76.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Centro de información on line de Medicamentos de la AEMPS [base de datos]. 2015 [acceso de 15 de junio de 2015]. Disponible en URL: <http://www.aemps.gob.es/cima/pestanias.do?metodo=accesoAplicacion>
- Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría. Barcelona: Masson; 2000.
- Alderman AK, Hu E, Atisha D. Surgical outcomes of breast reconstruction: comparison of autogenous tissue and expander/implant techniques. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2007;7:385-91.
- Alderman AK, Kuzon WM, Wilkins EG. A two year prospective analysis of trunk fuction in TRAM breast reconstructions. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117:2131-8.
- Alexander FE, Anderson TJ, Brown HK, et al. Edinburgh randomised trial of breast cancer screening: result after 10 years of follow-up. *Br J Cancer.* 1994;70:542-8.
- Allport G. La personalidad: su configuración y desarrollo: 2000: Herder; Barcelona.

- American Cancer Society. Detailed Guide: Breast Cancer [monografía en internet]. 2014 [acceso de 24 de julio de 2015]. Disponible en URL: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-ac-s-recs>.
- Andersen I, Andren L, Hildell J, et al. Breast cancer screening with mammography: a population-based, randomized trial with mammography as the only screening mode. *Radiology*. 1979;132:273-282.
- Anderson WF, Katki HA, Rosenberg PS. Incidence of breast cancer in the United States: current and future trends. *J Natl Cancer Inst*. 2013;103:1397-402.
- Andrew Y, Ibañez E, Galdón MJ. Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema*. 1991;3:283-96.
- Andrieu N, Easton DF, Chang-Claude J, et al. Effect of chest X-rays on the risk of breast cancer among BRCA1/2 mutation carriers in the international BRCA1/2 carrier cohort study: a report from the EMBRACE, GENEP SO, GEO-HEBON and IBCCS collaborators' group. *J Clin Oncol*. 2006;24:3361-6.
- Antoniou A, Pharoah PDP, Narod S, et al. Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case series unselected for family history: a combined analysis of 22 studies. *Am J Hum Genet*. 2003;72:1117-30.
- Apostolou P, Fostira F. Hereditary breast cancer: the era of new susceptibility genes. *BioMed Res Int*. 2013;747318-28.
- Arce SM. Interpretación gráfica para todas las edades. 2010 [monografía en internet]. 2010 [acceso de 26 de julio de 2015]. Disponible en <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1137.pdf>.
- Arnold MB. Emotion and Personality. Nueva York: Columbia University Press; 1960.
- Arraras JL, Arias F, Tejedor M, et al. The EORTC QLQ-C30 (versión 3.0). Quality of life questionnaire: validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psychooncology*. 2002;2:249-56.

- Arrarás JL, Illarramendi JJ, Valeri JJ. El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validez con una muestra española. *Rev Psicol Salud*. 1995;7:13-33.
- Aseguinolaza L, Garcia-Campayo J, Tazón P. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. *Med Clin*. 2004;111:23-6.
- Baringoltz S. Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia. Buenos Aires: Lumier; 2000.
- Bayes R. Influencia de los factores psicológicos en la longitud de vida de los enfermos oncológicos. En: *Psicología Oncológica*. Barcelona: McGraw-Hill; 1990. p. 182-4.
- Bayes R. Psicología y cáncer: prevención. En: *Psicología Oncológica*. Barcelona: McGraw Hill, 2005.p. 47-111.
- Beck JG, Zebb BJ. Behavioral assessment and treatment of panic disorder: current status, future directions. *Behav Ther*. 1992;25:581-611.
- Berg WA, Blume JD, Cormack JB, et al. Combined screening with ultrasound and mammography vs mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. *JAMA*. 2008;299:2151-63.
- Berglund G, Bolund C, Gustafsson U, et al. Starting again comparison study of a group rehabilitation program for cancer patients. *Acta Oncol*. 1994;32: 15-21.
- Berkey CS, Frazier AL, Gardner JD, et al. Adolescence and breast carcinoma risk. *Cancer*. 1999;85:2400-9.
- Bernstein L, Teal CR, Joslyn S, et al. Ethnicity-related variation
- Biglia N, Defabiani E, Ponzzone R, et al. Management of risk of breast carcinoma in postmenopausal women. *Endocr Relat Cancer*. 2004;11:69-83.
- Blasco T. Calidad de vida y bienestar en pacientes de cáncer que reciben quimioterapia a altas dosis: un estudio preliminar. *Clin Salud*. 1995;6: 331-40.
- Bleiker EM, Van der Ploeg HM, Hendriks JH, et al. Personality factors and breast cancer development: a prospective longitudinal study. *Natl Cancer Inst*. 1996;88:1478-82.

- Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast cancer incidence. *N Eng J Med*. 2012;367:1998-2005.
- Bonadonna G, Brusamolino E, Valagussa P, et al. Combination chemotherapy as an adjuvant treatment in operable breast cancer. *N Engl J Med*. 1976;294:405-10.
- Bonadonna G, Valagussa P. Dose-response effect of adjuvant chemotherapy in breast cancer. *New Engl J Med*. 1981;304:10-46.
- Bonano GA. Emotion self-regulation. In: Mayne TJ, Bonano GA (eds.). *Emotions. Current Issues and Future Directions*. New York: The Guilford Press; p. 104-15.
- Bonnerterre J, Thurlimann B, Robertson JF, et al. Anastrozole versus tamoxifen as first-line therapy for advanced breast cancer in 668 postmenopausal women: results of the Tamoxifen or Arimidex Randomized Group Efficacy and Tolerability study. *J Clin Oncol*. 2000;18:3748–57.
- Borrell i Carrio F. *Práctica clínica centrada en el paciente*. Madrid: Triacastela; 2011.
- Bosnic MR. *Humanización de la salud*. Quirón. 1999.
- Boyd NF, Dite GS, Stone J, et al. Heritability of mammographic density, a risk factor for breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;347:886-94.
- Butow P, Coates A, Dunn S. Psychosocial predictors of survival in metastatic melanoma. *J Clin Oncol*. 1999;17:2256-60.
- Butow P, Coates A, Dunn S. Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer. *Ann Oncol*. 2000;11:469-74.
- Buzdar A, Douma J, Davidson N, et al. Phase III, multicenter, double-blind, randomized study of letrozole, an aromatase inhibitor, for advanced breast cancer versus megestrol acetate. *J Clin Oncol*. 2001;19:3357–66.

- Buzdar AU, Jonat W, Howell A, et al. Anastrozole versus megestrol acetate in the treatment of postmenopausal women with advanced breast carcinoma: results of a survival update based on a combined analysis of data from two mature phase III trials. Arimidex Study Group. *Cancer*. 1998;83:1142–52.
- Byrne C, Rockhill B, Spiegelman D, et al. Validation of the Gail model of breast cancer risk prediction and implications for chemoprevention. *J Natl Cancer Inst*. 2001;93:358-66.
- Cadoche L, Frank F, Henzenn H. Instrumento para la evaluación de habilidades sociales. En: Zapico I, Tajeyan S (eds.). *Acta de la VII Conferencia Argentina de Educación Matemática*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Educación Matemática; 2009. P. 388-92.
- Cajigal-Rodríguez JA. Valoración subjetiva de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama metastásico durante el tratamiento con quimioterapia. *Clin Salud*. 1995;6:83-92.
- Campbell KL, McTriernan A, LiSS, et al. Exercises and biomarkers for cancer prevention studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2007;16:1767-74.
- Cano-Vindel A, Sirgo A, Díaz-Ovejero MB. Control, defensa y expresión de las emociones: relaciones con salud y enfermedad. *Emociones salud*. 1997;2:37-54.
- Cano-Vindel A, Sirgo A, Pérez G. Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad Estres*. 1994;3:101-2.
- Carver CS. Optimist versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*. 1994;73:1213-20.
- Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. 1997;4:92-100.
- Cavalieri E, Frenkel K, Liehr JG, et al. Estrogens as endogenous genotoxic agents__DNA adducts and mutations. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2000;27:75-93.
- Cervera S, Aubá E. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Bol Psicol*. 2005;85:7-29.

- Chabner BA, Roberts TG. The FDA in 2006: reasons for optimism. *Oncologist*. 2007;12:247-9.
- Chalifour J. La relacion de ayuda en cuidados de Enfermeria. Una perspectiva holística y humanística. Barcelona: SG; 2004.
- Chan, John K. C.; Wong, Cesar S. C. Loss of E-cadherin is the fundamental defect in diffuse-type gastric carcinoma and infiltrating lobular carcinoma of the breast: On: E-cadherin gene mutations provide a genetic basis for the phenotypic divergence of mixed gastric carcinomas. Machado JC, Soares P, Carneiro F, et al. *Lab Invest* 1999; 79:459–65. *Adv Anatom Pathol*. 2001;8:165-72.
- Christian CK, Niland J, Edge SB, et al. A multi institutional analysis of the socioeconomic determinants of breast reconstruction: a study of the national comprehensive cancer network. *Ann Surg*. 2006;243:241-9.
- Cid A, Leventhal H, Oleary A. *Personality and Health. Handbook of Personality*. New York: Oxford University Press; 1990.
- Clark S, Iglehart JD. Genetic counseling for breast cancer. *Adv Surg*. 1999;33:199-215.
- Classen C, Butler LD, Koopman C, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer. A randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatr*. 2001;58:494-501.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet Oncol*. 2012;13:1141-51.
- Cooper CL, Faragher EB. Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychol Med*. 1993;23:653-62.
- Cooper W. The history of the radical mastectomy. *Ann Med Hist*. 1941;3:36-54.
- Cullinane CA, Lubinski J, Neuhausen SL, et al. Effect of pregnancy as a risk factor for breast cancer in BRCA1/BRCA2 mutation carriers. *Int J Cancer*. 2005;117:988-91.

- Cuncins-Hearn A, Saunders C, Walsh D, et al. A systematic review of intraoperative radiotherapy in early breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2004;85:271-80.
- Danaei G, van der Hoorn S, Lopez AD, et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet.* 2005;366:1784-93.
- Dattore, Patrick J, Shontz C, et al. Premorbid personality differentiation of cancer and noncancer groups:a test of the hypothesis of cancer proneness. *Consult Clin Psychol.* 1980;48:388-94.
- Daune F. Aspects psychologiques du cancer du sein. *Rev Med Brux.* 1995;16:245-7.
- De Trill M. *Psicooncología.* Madrid: Ades; 2003.
- Dean C. Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness. *J Psychosomat Res.* 1987;31:385-92.
- Dember WN, Warm JS. *Psicología de la percepción.* Madrid: Alianza; 1990.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA.* 1983;249:751-7.
- Derogatis LR. *The psychosocial adjustment to illness scale.* Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1976.
- Dershaw DD. Imaging guide biopsy: an alternative to surgical biopsy. *Breast J.* 2000;6:294-98.
- DeSantis C, Howlader N, Cronin KA, et al. Breast cancer incidence rates in U.S. women are no longer declining. *Cancer Epidemiol Biomark Prev.* 2011;20:733-9.
- DeSantis C, Siegel R, Bandi P, et al. Breast Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:409-18.
- Dethlefsen T, Dahlke R. *La enfermedad como camino.* Barcelona: Plaza Janés; 2002.
- Dobson, Keith S, Shaw, et al. The use of treatment manuals in cognitive therapy. Experiencie and issues. *Consult Clin Psychol.* 1988;56:673-80.

- Dombernowsky P, Smith I, Falkson G, et al. Letrozole, a new oral aromatase inhibitor for advanced breast cancer: double-blind randomized trial showing a dose effect and improved efficacy and tolerability compared with megestrol acetate. *J Clin Oncol*. 1998;16:453-61.
- Drew P, Turnbull I, Harvey I, et al. MR imaging in breast cancer-results of the COMICE Trial. *Eur J Surg Oncol*. 2008;34:1156-60.
- Dumitrescu RG, Cotarla I. Understanding breast cancer risk—where do we stand in 2005? *J Cell Mol Med*. 2005;9:208–21.
- Early Breast Cancer Trialist Group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 1998;351:1451–67.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), Peto R, Davies C, et al. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer: meta-analyses of long-term outcome among 100,000 women in 123 randomised trials. *Lancet*. 2012;379:432-44.
- Easton DF, Bishop DT, Ford D, et al. The Breast Cancer Linkage Consortium. Genetic linkage analysis in familial breast and ovarian cancer: results from 214 families. *Am J Hum Genet*. 1993;52:678-701.
- Echebarría A. Psicología social sociocognitiva. Bilbao: Desclée de Brower; 1991.
- Edelman S, Bell DR, Kidman AD. A group cognitive behavior therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psychooncology*. 1999;8:295-305.
- Eisner D, Zoller M, Rosemann T, et al. Screening and prevention in Swiss primary care: a systematic review. *Int J Gen Med*. 2011;4:853-70.
- Ekmektzoglou K, Xanthos T, German V, et al. Breast cancer: from the earliest times through to the end of the 20th century. *Eur Obstetr Gynecol Reprod Biol*. 2009;145: 3-8.
- Escobedo A, Benito E, Moreno A, et al. Cancer de mama. *JANO*. 1996;51:63-6.
- Eysenk HJ. The outcome problem in psychotherapy. What have we learned? *Behav Res Ther*. 1994;32:477-95.

- Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. Personality questionnaire for juniors and adults. London: Hodder & Stoughton; 1975.
- Fabian CJ, Kimler BF. Selective estrogen-receptor modulators for primary prevention of breast cancer. *J Clin Oncol*. 2005;23:1644-55.
- Fackenthal JD, Olopade OI. Breast cancer risk associated with BRCA1 and BRCA2 in diverse populations. *Nat Rev Cancer*. 2007;9:37–48.
- Fawzy FI, Cousins N, Fawzy NW, et al. Structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch Gen Psychiatr*. 1990;47:720-5.
- Fawzy FL, Fawzy NW, Hyun A. Malignant melanoma: effect of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatr*. 1993;50:681-9.
- Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA), Instituto Roche 2007. El cáncer de mama: la enfermedad, su vivencia y la calidad de vida de las Madrid: Metra/Seis; 2007.
- Feldman PS, Covell JL. Breast and Lugo. In: Fine Needle Aspiration Cytology and its Clinical Application. Chicago: American Society of Clinical Pathologists Press; 1985. p. 27-43.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015a;136:359–86.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v 1.0. Cancer Incidence and Mortality Worldwide [base de datos en línea]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2015b [acceso de 16 de abril de 2015]. Disponible en URL: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
- Fernandez-Abascal E, Chóliz M, Palmero F, et al. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción. Madrid: Pirámide; 1997.
- Ferrero J, Toledo M, Barreto P. Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Rev Latinoam Psicol*. 2009;27:87-102.

- Fisher B, Anderson S, Tan-Chiu E, et al. Tamoxifen and chemotherapy for axillary node-negative, estrogen receptor-negative breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-23. *J Clin Oncol*. 2001;19:931-42.
- Fisher B, Brown AM, Dimitrov NV, et al. Two months of doxorubicin-cyclophosphamide with and without interval reinduction therapy compared with 6 months of cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil in positive-node breast cancer patients with tamoxifen-nonresponsive tumors: results from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-15. *J Clin Oncol*. 1990;8:1483-96.
- Fisher B, Redmond C, Wickerham DL, et al. Doxorubicin-containing regimens for the treatment of stage II breast cancer: The National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project experience. *J Clin Oncol*. 1989;7:572-82.
- Fletcher SW, Black W, Harris R, et al. Report of the international workshop on screening for breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85:1644-56.
- Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*. 1985;48:150-70.
- Font A, Rodríguez E. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: Variaciones de la calidad de vida. *Psicooncología*. 2004;1:67-86.
- Font A, Rodríguez E, Buscemi V. Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Psicooncología*. 2004;1:45-56.
- Ford HL, Kabingu EN, Bump EA, et al. Abrogation of the G2 cell cycle checkpoint associated with overexpression of HSIX1: a possible mechanism of breast carcinogenesis. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1998;95:12608-13.
- Fraser SW, Greenhalgh T. Complexity science. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ*. 2009;323:799-803.
- Frediksen S, Barbaral L. Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevent Treatm*. 1993;3:1-25.

- Fridfinnsdottir EB. Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *J Adv Nursing*. 2010;25:526-31.
- Friedman MA, Dorr FA, Perloff M. Adjuvant therapy for breast cancer patients with negative lymph nodes. *NCI Monogr*. 1986;1:139-44.
- Fuhrman BJ, Schairer C, Gail MH, et al. Estrogen metabolism and risk of breast cancer in postmenopausal women. *J Natl Cancer Inst*. 2012;104:326-39.
- Garcia DM, Halverson KJ. Breast conservation therapy. The St. Luke's Hospital experience. *Mo Med*. 1992;89:164-8.
- García-Campayo J, Salvanés R, Alamo C. Actualización en trastornos somatomorfos. Madrid: Panamericana; 2001.
- Garfinkel L, Boring CC, Heath J CW. Changing trends. An overview of breast cancer incidence and mortality cancer. *Cancer*. 1994;74:222-7.
- Garver JE, Goldstein AM, Kantor AF, et al. Follow-up study of twenty four families with Li-fraumeni syndrome. *Cancer Trd*. 1991;51:6094-7.
- Gastrin B, Miller AB, To T. Incidence and mortality from breast cancer in the Mama Program for Breast Screening in Finland, 1973-1986. *Cancer*. 1994;2168-74.
- Gauquelin G, Geelen G, Allervard-Burguburu AM, Cellier M, et al. Presence of neurophysins I and II in the human: comparison with the content of neurohypophyseal hormones. *Peptides*. 1982;3:805-9.
- Gikas PD, Mokbel K. Phytoestrogens and the risk of breast cancer: a review of the literature. *Int J Fertil Womens Med*. 2005;50:250-8.
- Gligorov J, Azria D, Namer M, et al. Novel therapeutic strategies combining antihormonal and biological targeted therapies in breast cancer: focus on clinical trials and perspectives. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2007;64:115-28.
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9:139-45.
- Goldberg JA, Scott RN, Davidson PM. Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *Eur J Surg Oncol*. 2007;18:327-331.

- González A, Gonzalez MJ, García P. Control del cáncer. En: Noticias de Salud Monográficos: Cáncer. Madrid: Consejería de Salud; 1994.
- Goss PE, Strasser-Weippi K. Aromatase inhibitors for chemoprevention. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2004;18:113-30.
- Gotzsche PC, Jorgensen KJ. Overdiagnosis in mammographic screening a serious problema. *Lakartidningen.* 2009;106:3189-1.
- Grassi L, Capellari L. State and trait psychological characteristics of breast cancer patients. *New Trends Exp Clin Psychiatr.* 1988;4:99-109.
- Grassi L, Molinari S. Patters of emotional control and psychological reactions to breast cancer. A preliminary report. *Psychol Reports.* 1988;62:727-32.
- Grassi L, Rosti G, Albieri G, Fiorrentini G. Correlati psicopatologici della repressione emozionale in pazienti neoplastici. *Riv Psichiatria.* 1987;22:297-303.
- Greene JD, Sommerville RB, Darley JM, et al. An fMRI investion of emotional engagement in moral judgment. *Science.* 2001;293:2105-8.
- Greer S, Watson M. Towards a psychobiological model of cancer: psychological considerations. *Soc Sci Med.* 1985; 20: 773-7.
- Greer S, Morris T, Petfingale KW. Psychological response to breast cancer and 15 year outcome. *Lancet.* 1990;335:49-50.
- Grossarth-Maticek R, Eysenck HJ. Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychol Reports.* 1990;66:355-73.
- Haffty BG, Choi DH, Goyal S, et al. Breast cancer in young women (YBC): prevalence of BRCA1/2 mutations and risk of secondary malignancies across diverse racial groups. *Ann Oncol.* 2009;20:1653–9.
- Hall J, Lee M, Newman B, et al. Linkage of early-onset familial breast cancer to chromosome 17q21. *Science.* 1990;250:1684–9.
- Hamaker M.E, Seynaeve C, Wymenga AN, et al. Baseline comprehensive geriatric assessment is associated with toxicity and survival in elderly metastatic breast cancer patients receiving single-agent chemotherapy: Results from the OMEGA study of the Dutch breast cancer trialists' group. *Breast.* 2014;23:81-7.

- Hankinsson SE, Colditz, Willett WC. Towards an integrated model for breast cancer etiology: the lifelong interplay of genes, lifestyle and hormones. *Breast Cancer Res.* 2004;6:2013-8.
- Hemminki A, Avizienyte E, Roth S, et al. A serine/threonine kinase gene defective in Peutz-Jeghers syndrome. *Duodecim.* 1998;114:667-8.
- Herranz M. La Mastectomía. Soluciones a un problema. Barcelona: Inquinosa/grupo FAES; 1998.
- Holland JC. Abnormal reactions to cancer in physically healthy individuals. In: Holland J, Rowland JH (eds). *Handbook of Psychooncology*. New York: Oxford University Press. 1989. p. 13-21.
- Hsiao FH, Chang KJ, Kuo WH, et al. A longitudinal study of cortisol responses, sleep problems and psychological well-being as the predictors of changes in depressive symptoms among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology.* 2013;3:356-66.
- Huang J, Simpson JF, Glackin C, et al. Expression of biliary glycoprotein (CD66a) in normal and malignant breast epithelial cells. *Anticancer Res.* 1998;18:3203-12.
- Hulka BS, Moorman PG. Breast cancer: hormones and other risk in breast cancer risk factors. *Cancer.* 2001;97:222-9.
- Innes DJ, Feldman PS. Comparison of diagnostic results obtained by fine needle aspiration cytology and Tru-Cut or open biopsies. *Acta Cytol.* 1983;27:350-4.
- Innes DJ, Feldman PS, Wanebo HJ, et al. Fine needle aspiration cytology in lieu of open biopsy in management of primary breast cancer. *Ann Surg.* 1984;199:569-79.
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2012 [monografía en línea]. 2014 [acceso de 25 de julio de 2015]. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>
- Jamison KR, Wellisch DR, Pasnau RO. Psychological aspects of mastectomy: the women's perspective. *Am J Psychiatry.* 1978;135:432-6.

- Jausen MA, Muenz LR. A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *J Psychosom Res.* 1984;28:35-42.
- Jenkins PJ, Mukhherjee A, Shalet SM. Does growth hormone cause cancer? *Clin Endocrinol.* 1991;64:115-21.
- Jirstrom, K, Ringberg A. Tissue microarray analyses of G1/S-regulatory proteins in ductal carcinoma in situ of the breast indicate that low cyclin D1 is associated with local recurrence. *Br J Cancer.* 2003; 89:1920-6.
- Johnson JD, Meischke H. Cancer information: women's source and content preferences. *J Health Care Mark.* 1991;11:37-44.
- Johnston SJ, Cheung KL. Fulvestrant a novel endocrine therapy for breast cancer. *Curr Med Chem.* 2010;17:902-14.
- Jung MH. Breast cancer in Cowden syndrome: a case report. *J Korean Soc Radiol.* 2009;60:279-82.
- Kalager M, Zelen M, Langmark F, et al. Effect of screening mammography on breast cancer mortality in Norway. *N Engl J Med.* 2010;363:1203-10.
- Kaminska M, Kubiowski T, Ciszewski T, et al. Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy. *Ann Agric Environ Med.* 2015;1:185-9.
- Kaplan GA, Reynolds P. Depression and cancer: evidence from the Alameda County study. *J Behav Med.* 1988;11:1-13.
- Karabakhtsian RG, Johnson R, Sumkin J, et al. The clinical significance of lobular neoplasia on breast core biopsy. *Am J Surg Pathol.* 2007;31:717-23.
- Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, et al. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol.* 2010;1:108-13.
- Karpozilos A, Pavlidis N. The treatment of cancer in greek antiquity. *Eur J Cancer.* 2004; 40:2033-40.

- Kaufmann M, Bajetta E, DirixLY, et al. Exemestane is superior to megestrol acetate after tamoxifen failure in postmenopausal women with advanced breast cancer: results of a phase III randomized double-blind trial. The Exemestane Study Group. *J Clin Oncol*. 2000;18:1399–411.
- Kelsey JL, Horn-Ross PL. Breast cancer: magnitude of the problem and descriptive epidemiology. *Epidemiol Rev*. 1993;15:716-7.
- Kerlikowske K, Grady D, Barclay J, et al. Likelihood ratios of modern screening mammography. Risk of breast cancer based on age and mammographic interpretation. *JAMA*. 1996;276:39-43.
- Kimmick GG, Muss HB. Endocrine therapy in metastatic breast cancer. *Cancer Treat Res*. 1998;94:231–54.
- Kopans DB. How should I respond to clinicians who ask me about breast cancer screening for women 40-50 years age?. *AJR Am J Roentgenol*. 1994;163:1524-5.
- Kubler-Ross E. *Sobre la muerte y los Moribundos*. Madrid: Debolsillo; 1992.
- Kune GA, Kune S, Watson LF, et al. Personality as a risk factor in large bowel cancer. *Psychol Med*. 1991;21:29-41.
- La Vecchia C, Giordano SH, Hortobagyi GN, et al. Overweight, obesity, diabetes and risk of breast cancer: interlocking pieces of the puzzle. *Oncologist*. 2011;16:726-9.
- LagerrosYT, Hsieh SF, Hsieh CC. Physical activity in adolescence and Young adulthood and breast cancer risk: a quantitative review. *Eur J Cancer Prev*. 2004;13:5-12.
- Laloo F, Varley J, Moran A, et al. BRCA1, BRCA2 and TP53 mutations in very early-onset breast cancer with associated risks to relatives. *Eur J Cancer*. 2006; 42:1143–50.
- Laman PH, Hoffmann K, Allen N, et al. Body size and breast cancer risk: findings from the European Prospective Investigation into Cancer And Nutrition (EPIC). *Int J Cancer*. 2004;111:762–71.

- Lang PJ. Fear reduction and fear behavior. Problems in treating a construct. En: Sheleien JM (eds.). Research in Psychotherapy III. Washington: American Psychological Association; 2000.
- Latre ML, SabaterL, Trias M. Indicaciones actuales de la mastectomía. Cir Ibero-Amer. 1994;3:10-2.
- Lazarus RS. Un análisis multidimensional del proceso emocional ante situaciones afectivas [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2001.
- Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1997.
- Lee HL, Ku NP, Dow WJ, et al. Factors related to quality of life in breast cancer patients receiving chemotherapy. J Nurs Res. 2001;9:57-68.
- Leinster SJ. How to do it breast cancer. The psychological management of the patient with early breast cancer. Eur J Surg Oncol. 1994;20:711-14.
- Levy SM, Lippman M, D'Angelo T. Correlation of stress factors with sustained suppression of natural killer cell activity and predictive prognosis in patients with breast cancer. J Clin Oncol. 1987;5:348-53.
- Linkens RW, Comstick GW. Depressed mood and the development of cancer. Am J Epidemiol. 1990;132:962-72.
- Lobo A, Perez MJ, Artal J. Validity of scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in Spanish population. Psychol Med. 1986;16:135-40.
- López S, Pastor MA, Terol MC, et al. Ansiedad y depresión. Validación de la Escala HAD en pacientes oncológicos. Rev Psicol Salud. 2000;12:127-55.
- López-Barajas MI. Factores pronósticos en pacientes con cáncer de mama sin afectación ganglionar axilar [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2005.
- Lubinski J, Huzarski T, Byrski T, et al. The risk of breast cancer in women with a BRCA1 mutation from North America and Poland. Int Hered Cancer Cent. 2012;131:229-34.

- Mackey JR, Martin M, Pienkowski T, et al. Adjuvant docetaxel, doxorubicin, and cyclophosphamide in node-positive breast cancer: 10-year follow-up of the phase 3 randomised BCIRG 001 trial. *Lancet Oncol.* 2013;14:72-80.
- Maher EJ, Mackenzie C, Young T, et al. The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the EORTC QLQ-30 questionnaires to screen for treatable unmet needs in patients attending routinely for radiotherapy. *Cancer Treat Rev.* 1996;22:123-9.
- Mainiero MB, Lourenco A, Mahoney MC, et al. ACR Appropriateness criteria breast cancer screening. *J Am Coll Radiol.* 2013;10:11-4.
- Malkin D. p53 and the Li-Fraumeni syndrome. *Biochim Biophys Acta.* 1994;1198:197-213.
- Mamounas EP, Bryant J, Lembersky B, et al. Paclitaxel after doxorubicin plus cyclophosphamide as adjuvant chemotherapy for node-positive breast cancer: results from NSABP B-28. *J Clin Oncol.* 2005;23:3686-96.
- Manes F, Sahakian B, Clark L, et al. Decision-making processes following damage to the prefrontal cortex. *Brain.* 2002;125:624-39.
- Mansel RE, Fallowfield L, Kissin M, et al. Randomised multicentre trial of sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cancer: the ALMANAC study. *J Natl Cancer Inst.* 2006;98:599-609.
- Mansel RE, Goyal A, Douglas-Jones A, et al. Detection of breast cancer metastasis in sentinel lymph nodes using intraoperative real time gene search BLN assay in the operating room; results of the Cardiff Study. *Breast Cancer Res Treat.* 2009;115:595-600.
- Mansfield CM. The management of early breast cancer. A review of present philosophies. *J Natl Med Assoc.* 1976;68:188-91.
- Margolis CJ, Goodman RI, Rubin A, et al. Psychological factors in the choice of treatment for breast cancer. *Psychosomatics.* 1989;30:192-7.
- Martín A, Fernández J, Vizoso F. Aspectos psicológicos y psiquiátricos relacionados con el cáncer de mama. *An Psiquiatria.* 2004;20:62-9.

- Martin M, Lluch A, Segui MA, et al. Toxicity and health-related quality of life in breast cancer patients receiving adjuvant docetaxel, doxorubicin, cyclophosphamide (TAC) or 5-fluorouracil, doxorubicin and cyclophosphamide (FAC): impact of adding primary prophylactic granulocyte-colony stimulating factor to the TAC regimen. *Ann Oncol*. 2006;17:1205-12.
- Mavaddat N, Peock S, Frost D, et al. Cancer risk for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: results from prospective analysis of embrace. *J Natl Cancer Inst*. 2013;105:812-22.
- McDaniel JS, Musselman DL, PorterMR, et al. Depression in patients with cancer: diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52: 89-97.
- McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors and genetics. London: School of Hygiene and Tropical Medicine; 2000.
- McTiernan A, Rajan KB, Tworoger SS, et al. Adiposity and sex hormones in postmenopausal breast cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2003;21:1961-6.
- Meenan RF, Gertman PM, Mason JH. Measuring health status in arthritis: the arthritis impact measurement scales. *Arthritis Rheum*. 1980;23:146-52.
- Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization and need for psychological support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Pshychosom Res*. 2008;64:383-91.
- Mellado M, Osa AM. Cribado de cáncer de mama. Estado actual. *Radiología*. 2013; 55:305–314.
- Miao EA, Rajan JV, Aderem A. Caspase-1 induced pyroptotic cell death. *Inmunol Rev*. 2011; 243:206-14.
- Miller AB, van Slooten EA. Screening and diagnosis in breast cancer: workshop report. *Eur J Cancer Clin Oncol*. 1983;19:1711-3.
- Miller AB, Wall C, Baines CJ, et al. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: Randomised screening trial. *BMJ*. 2014; 345-7.

- Miller AB, Wall C, Baines CJ, et al. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian national breast screening study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014;348:366-7.
- Miller AB. Is routine mammography screening appropriate for women 40-49 years of age? *Am J Prev Med*. 1991;7:55-62.
- Milne RL, Gaudet MM, Spurdle AB, et al. Assessing interactions between the associations of common genetic susceptibility variants, reproductive history and body mass index with breast cancer risk in the breast cancer association consortium: a combined case-control study. *Breast Cancer Res*. 2010;12:110-11.
- Moos R. The social climate scales: an overview. Consulting psychological press. Los Angeles: Palo Alto; 1974.
- Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Buenos Aires: Nueva visión; 2001.
- Morris T, Greer S. A "type C" for cancer?. *Cancer Detect Prev*. 1980;3:102-4.
- Moulin D. A short history of breast cancer. Dordrecht: Springer; 1983.
- Mouridsen H, Gershanovich M, Sun Y, et al. Superior efficacy of letrozole *versus* tamoxifen as first-line therapy for postmenopausal women with advanced breast cancer: results of a phase III study of the International Letrozole Breast Cancer Group. *J Clin Oncol*. 2001;19:2596–606.
- Mouridsen H, Gershanovich M, Sun Y, et al. Phase III study of letrozole *versus* tamoxifen as first-line therapy of advanced breast cancer in postmenopausal women: analysis of survival and update of efficacy from the International Letrozole Breast Cancer Group. *J Clin Oncol*. 2003;21:2101–9.
- Moyer VA. Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer in women: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2014;160:271-81.
- Nabholtz JM, Buzdar A, Pollak M, et al. Anastrozole is superior to tamoxifen as first-line therapy for advanced breast cancer in postmenopausal women: results of a North American multicenter randomized trial. Arimidex Study Group. *J Clin Oncol*. 2000;18:3758–67.

- Nájera I. Esperanto y comunicación humana. Mexico: UNAM; 1991.
- Narod S, Ford D, Devilee P, et al. An evaluation of genetic heterogeneity in 145 breast-ovarian cancer families. *Am J Hum Genet.* 1995;56:254–64.
- Narod SA, Foulkes WD. BRCA1 and BRCA2: 1994 and beyond. *Nat Rev Cancer.* 2002;4:665-76.
- National Cancer Institute. Cáncer de seno (mama): Tratamiento (PDQ) [monografía en internet]. 2009 [acceso de 7 de julio de 2009]. Disponible en:URL: http://www.gccancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/health_professional
- Nelen MR, Padberg GW, Peeters EA, et al. Localization of the gene for Cowden disease to chromosome 10q22-23. *Nat Genet.* 1996;13:114-6.
- Nelson HD, Zakher B, Cantor A, et al. Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2012; 156:635-48.
- Neuhouser ML, Aragaki AK, Prentice RL, et al. Overweight, obesity and postmenopausal invasive breast cancer. Risk: a secondary analysis of the women's health initiative randomized clinical trials. *JAMA Oncol.* 2015;1:611-21.
- Newell S, Sanson-Fisher W, Savolainen N. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst.* 2002;94:558-84.
- Olbricht I. Lo psíquico y nuestra salud. Madrid. Herder; 1993.
- Oldenburg RA, Kroeze-Jansema K, Kraan J, et al. The CHEK2*1100delC variant acts as a breast cancer risk modifier in non-BRCA1/BRCA2 multiple-case families. *Cancer Res.* 2003;63:8153-7.
- Osborn G, Vaughan-Williams E. Management of breast cancer: basic principles. *Surgery.* 2010;28:130-4.
- Osborne MP, Borgen PI. Utilidad de la mastectomía en el cáncer mamario. Mexico: McGraw Hill Interamericana; 1990.

- Osborne MP, Simmons RM, Fish SK, et al. Local and distant recurrence rates in skin-sparing mastectomies compared with non-skin-sparing mastectomies. *Ann Surg Oncol*. 1999;6:676-81.
- Palmieri C, Jones A. The 2011 EBCTCG polychemotherapy overview. *Lancet*. 2012;379:390-2.
- Paridaens R, Dirix L, Lohrisch C, et al. Mature results of a randomized phase II multicenter study of exemestane *versus* tamoxifen as first-line hormone therapy for postmenopausal women with metastatic breast cancer. *Ann Oncol*. 2003;14:1391-8.
- Paymal N. Pedagogía 3000. Guía práctica para docentes, padres y uno mismo. Córdoba: Lancet; 2008.
- Phillips KA, Milne RL, Rookus MA, et al. Tamoxifen and risk of contralateral breast cancer for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *J Clin Oncol*. 2013;31:3091-9.
- Pollán M, García-Mendizabal MJ, Pérez-Gómez B, et al. Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. *Psicooncología*. 2007;4:231-48.
- Porter PL, El-Bastawissi AY, Mandelson MT, et al. Breast tumor characteristics as predictors of mammographic detection: comparison of interval- and screen-detected cancers. *J Natl Cancer Inst*. 1999; 91: 2020-8.
- Potter JD. Epidemiology, cancer genetics and microarrays: making correct inferences, using appropriate designs. *Trends Genet*. 2003;19:690-5.
- Rakel RE. Compassion and the art of family medicina: from Osler to Opran. *JABFP*. 2000;13:440-8.
- Ratcliffe MA, Dawson AA, Walker LG. Eysenck personality inventory 2-scores in patients with Hodkin's disease and non Hodgkin's lymphoma. *Psychooncology*. 1995;4:39-45.
- Rath M, Masciari S, Gelman R, et al. Prevalence of germline *TP53* mutations in HER2+ breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat*. 2013;139: 193-8.
- Rawlins WK. Friendship Matters: Communication, dialectics and the life course. New York: Aldine de Gruyter; 1992.

- Ray C. Psychological implications of mastectomy. *Br J Soc Clin Psychol.* 1977;16:373-7.
- Redd WH, Montgomery GH, Duhamel KN. Behavioral intervention for cancer treatment side effects. *J Natl Cancer Inst.* 2001;93:810-23.
- Robertson DM, Stephenson T, Pruyers E, et al. Characterization of inhibin alpha subunit ELISA in serum from postmenopausal women with ovarian cancer. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87:816-24.
- Rockhill B, Spiegelman D, Byrne C, et al. Validation of the Gail et al. model of breast cancer risk prediction and implications for chemoprevention. *J Natl Cancer Inst.* 2001;93:358-66.
- Rodríguez-Marín J, Terol MC, López-Roig S, et al. Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de forma de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Rev Psicol Salud.* 1992;4: 59-84.
- Rosenberg RD, Hunt WC, Williamson MR, et al. Effects of age, breast density, ethnicity, and estrogen replacement therapy on screening mammographic sensitivity and cancer stage at diagnosis: review of 183,134 screening mammograms in Albuquerque, New Mexico. *Radiology.* 1998; 209:511-8.
- Rowe D. La construcción de la vida y de la muerte. Mexico: FCE; 1999.
- Royak-Schaler R. Psychological processes in breast cancer: a review of selected research. *J Psychosoc Oncol.* 1991;9:71-89.
- Russo J, Hu YF, Yang X, et al. Developmental, cellular and molecular basis of human breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2000; 27:17-37.
- Sawn GE, Carmelli D, Dame A, et al. The rationality emotional defensiveness scale-II. Convergent and discriminant correlational analysis in male and females with with and without cancer. *J Psychosomat Res.* 1992;36:349-59.
- Scharading S, Kuhl CK. Mammographic, USm and MR imaging phenotypes of familial breast cancer. *Radiology.* 2008;246:58-70.
- Scherg H, Cramer I, Blohmke M. Psychosocial factors and breast cancer: a critical reevaluation of established hypotheses. *Cancer Detect Prev.* 1981;4:165-71.

- Schou I, Ekeberg O, Ruland CM, et al. Pessimism as predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psychooncology*. 2003;13:309-20.
- Schousboe JT, Kerlikowske K, Loh A, et al. Personalizing mammography by breast density and other risk factors for breast cancer: analysis of health benefits and costeffectiveness. *Ann Intern Med*. 2011;155:10-20.
- Schutte NS, Malouff JM, Bobik C, et al. Characteristic emotional intelligence and interpersonal relations. *J Soc Psychol*. 2001;16:769-85.
- Sebastián J, Bueno MJ, Mateos N, et al. Evaluación de un programa de intervención sobre cáncer de mama. *Bol Psicol*. 1999;65:53-73.
- Seisdedos N, De la Cruz V, Cordero A. Escalas de clima social (FES). Madrid: TEA; 1989.
- Serrano M. El síndrome metabólico:¿una versión moderna de la enfermedad ligada al estrés?. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:768-71.
- Siegel R, Ma J, Zou Z, et al. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2014;64:9-29.
- Sirgo A, Gil FL. Intervenciones psicoeducativas y terapia de grupo en pacientes con cáncer. En: Gil F (ed.). *Manual de Psicooncología*. Barcelona: Nueva Sidonia; 2000. p. 75-99.
- Slamon DJ, Godolphin W, Jones LA, et al. Studies of the HER-2/neu proto-oncogene in human breast and ovarian cancer. *Science*. 1989;244:707-12.
- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, et al. Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*. 1989;2:888-92.
- Spiegel D. Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*. 1990;66:1422-6.
- Staton AL, Kirk SB, Cameron CL, et al. Coping through emotional approach. Scale construction and validation. *J Personal Social Psychol*. 2000;74:1078-92.
- Stavraky KM, Buck CW, Lott SS, et al. Psychosomatic factors in the outcome of human cancer. *Psychosomat Res*. 1968; 12:251-9.
- Stratton HC. The barriers to adequate pain management with opioid analgesics. *Sem Oncology*. 1993;20:1-5.

- Tan MH, Mester J, Ngeow, et al. Lifetime cancer risk in individuals with germline PTEN mutations. *Clin Cancer Pres.* 2012;18:400-7.
- Taneja C, Gardner B. Valor terapéutico de la disección de los ganglios linfáticos axilares en el cáncer de mama. En: Bland KI, Copeland EM (eds.). *La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas.* 2a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2000. p. 958-75.
- Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer: Towards and integrative model. *Cancer Surv.* 1987;6:545-67.
- Terol MC, Rodríguez-Marín J, Lopez-Roig S, et al. The hospital anxiety and depression scale. *Psyc Properties in a Spanish sample.* Burdeaux: European Health Psychology Society; 1997.
- Thompson D, Easton D. The genetic epidemiology of breast cancer genes. *J Mamm Gland Biol Neoplas.* 2004;9:221-36.
- Thompson J, Coleman R, Colwel B, et al. Levels of distress in breast cancer survivors approaching discharge from routine hospital follow-up. *Psychooncology.* 2013;8:1866-71.
- Tokunaga M, Land CE, Yamamoto T, et al. Incidence of female breast cancer among atomic bomb survivors, Hiroshima and Nagasaki, 1950-1980. *Radiat Res.* 1987;112:243-72.
- Toledo M. Cirugía del cáncer de mama y valoración de la calidad de vida global. *Rev Psicol Univ Tarracon.* 1996;18:17-37.
- Trainer AH, Lewis CR, Tucker K, et al. The role of BRCA mutation testing in determining breast cancer therapy. *Nat Rev Clin Oncol.* 2010;7:708-17.
- Trentham-Dietz A, Newcomb PA, Egan KM, et al. Weight change and risk of postmenopausal breast cancer (United States). *Cancer Caus Contr.* 2000;11:533-42.
- Tross S, Holland JHC. Psychological sequelae in cancer survivors. In: Holland J, Rowland JH (eds). *Handbook of Psychooncology.* New York: Oxford University Press; 1989. p. 101-16.
- Turabian JL, Pérez B. Apuntes sobre la resolutiveidad y la cura en la medicina familiar. *Aten Primaria.* 2003;32:296-9.

- Urban JA, Egli RA. Mastectomía radical ampliada. En: Stromberck JO, Rosato E (eds.). Cirugía de la mama. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mama. Barcelona: Salvat; 1990.
- Valdés A, Vallés C. La autorregulación para el afrontamiento emocional. Psicopedagogía de la Inteligencia Emocional. Valencia: Promolibro; 2003.
- Van Gils CH, Hendriks JH, Otten JD, et al. Parity and mammographic breast density in relation to breast cancer risk: indication of interaction. Eur J Cancer Prev. 2000;9:105–11.
- Van Sipijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. Psychosomat Med. 1997;59:280-93.
- Vaughan-Williams E, Sinha S, Jones N, et al. Patients attitude towards the use of a chaperone in breast examination. Ann R Coll Surg Engl. 2009;91:46-9.
- Vázquez C, Prats M, Hortogagbyi GM, et al. Cáncer de mama estadio IV (segunda parte). Rev Senol Patol Mam. 1996;9:34-5.
- Vázquez C. Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en Psicopatología. En: Fuentenebro F, Vázquez C (dirs.). Psicología médica, Psicopatología y Psiquiatría. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1990. p. 655-78.
- Veltman J, Mann R, Kok T, et al. Breast tumor characteristics of BRCA1 and BRCA2 gene mutation carriers on MRI. Eur Radiol. 2008;18:931-8.
- Verbeek AL, Straatman H, Hendriks JH, et al. Age specific sensitivities of mammographic screening for breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 1996;38:153-60.
- Vidal MC. La psico-oncología: conceptos básicos. Pub Dpto Ins Nac Salud Ment. 1998;22:29-36.
- Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, et al. The ways of coping checklist: revision and psychometric proprieties. Multiv Behav Res. 1985;20:3-26.
- Wachtel TJ. The connection between health promotion and health-care cost: does it matter?' Am J Med. 1993;94:451-4.

- Ward SE, Leventhal H, Love R. Repression revisited: Tactics used in coping with a severe health threat. *Personal Soc Psychol Bull.* 1988;14:735-46.
- Watchel P. *Therapeutic communication: principles and effective practice.* New York: Guilford Press; 1993.
- Watson M, Haviland JS, Greer S, et al. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet.* 1991;354:1331-6.
- Wayner L, Cox T, Mackay C. Stress, immunity and cancer. En: Osborne M, Gruneberg M, Eiser JR (eds). *Res Psychol Med.* 1979;5:253-9.
- Weihs KL, Tomothy ME, Samuel J, et al. Negative affectivity, restriction of emotions and site of metastases predict mortality in recurrent breast cancer. *J Psychosomat Res.* 2000;49:59-68.
- Wilking N, Jönssons B. A paneuropean comparison regarding patient access to cancer drugs. Stockholm: Karolinska Institutet; 2005.
- Wooster R, Neuhausen S, Mangion J, et al. Localization of a breast cancer susceptibility gene, BRCA2, to chromosome 13q12-13. *Science.* 1994; 30;265:2088-90.
- Xandro M. *Grafología superior.* Barcelona: Herder; 1989.
- Xandro M. *Grafología y complejos.* Madrid: Xandró; 2000.
- Yaffe MJ, Mainprize JG. Risk of radiation-induced breast cancer from mammographic screening. *Radiology.* 2011; 258:98-105.
- Youssef F. Crisis intervention: a group therapy approach for hospitalized breast cancer patients. *J Adv Nurs.* 1984;9:307-13.
- Zainal NZ, Nik-Jaafar NR, Baharudin A, et al. Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2013;4:2649-56.
- Zakaria S, Degnim AC, Kleer CG, et al. Sentinel lymph node biopsy for breast cancer: how many nodes are enough? *J Surg Oncol.* 2007;96:554-9.
- Zapardiel I, Aznar F, de la Fuente-Valero J. *Cáncer de mama I.* Madrid: Saego; 2009. p. 493-511.

Zigmond AS. The hospital anxiety and depression scale. *Psychiatri Scand.* 1983; 67:361-70.

Zonderman AB, Costa P, McCrae RR. Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample. *J Am Med Assoc.* 1999;262:1191-95.

