

Marta Charlo Bernardos

Crecimiento postraumático y  
factores psicosociales en mujeres  
con cáncer de mama vinculadas a  
asociación de pacientes

Departamento  
Fisiatría y Enfermería

Director/es

Sousa Domínguez, Ramón  
Campayo Martínez, Antonio Jesús  
Campos Ródenas, Ricardo Claudio

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>





**Universidad**  
Zaragoza

Tesis Doctoral

# CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO Y FACTORES PSICOSOCIALES EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA VINCULADAS A ASOCIACIÓN DE PACIENTES

Autor

Marta Charlo Bernardos

Director/es

Sousa Domínguez, Ramón  
Campayo Martínez, Antonio Jesús  
Campos Ródenas, Ricardo Claudio

**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**

Fisiatría y Enfermería

2015



Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad de Zaragoza

# Crecimiento postraumático y factores psicosociales en mujeres supervivientes con cáncer de mama vinculadas a asociación de pacientes

Marta Charlo Bernardos

# TESIS doctoral



1542

**Universidad**  
Zaragoza



1542

Departamento de  
Fisiatría y Enfermería  
**Universidad** Zaragoza

# **CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO Y FACTORES PSICOSOCIALES EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA VINCULADAS A ASOCIACIÓN DE PACIENTES**

**MARTA CHARLO BERNARDOS**

Zaragoza, 2015



**Universidad**  
Zaragoza

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

## TESIS DOCTORAL

Doctorando: Dña. Marta Charlo Bernardos

### Directores

**Prof. Dr. Ramón Sousa Domínguez**

F.E.A. de Cirugía. Unidad de Patología Mamaria  
Profesor Asociado Médico de Cirugía  
Departamento de Cirugía, Ginecología y Obstetricia  
Universidad de Zaragoza

**Prof. Dr. Ricardo Campos Ródenas**

F.E.A. del Área de Psicología Médica y Psiquiatría  
Jefe Sección Unidad Hospitalización del Servicio Psiquiatría  
Profesor Asociado Médico del Área de Psicología Médica y Psiquiatría  
Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología  
Universidad de Zaragoza

**Prof. Dr. Antonio Jesús Campayo Martínez**

F.E.A. Psiquiatría de la Unidad de Salud Mental (U.S.M.) de Alcañiz  
Profesor Asociado del Área de Psicología Médica y Psiquiatría  
Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología  
Universidad de Zaragoza

### Título

CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO Y FACTORES PSICOSOCIALES EN MUJERES  
CON CÁNCER DE MAMA VINCULADAS A ASOCIACIÓN DE PACIENTES.

### Palabras Clave

Crecimiento Postraumático, Cáncer de mama, Calidad de Vida, Ansiedad y Depresión,  
Adaptación Psicológica al Cáncer, Personalidad, Asociación de pacientes.

### Áreas de Conocimiento del Consejo de Universidades

745 (Psiquiatría); 90 (Cirugía); 615 (Medicina preventiva y Salud Pública)

### Materias de la UNESCO

3211 (Psiquiatría); 3213 (Cirugía); 3202 (Epidemiología).



**Universidad**  
Zaragoza

# CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO Y FACTORES PSICOSOCIALES EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA QUE ACUDEN A ASOCIACIÓN DE PACIENTES

**Por**

Dña. Marta Charlo Bernardos

**Directores**

**Prof. Dr. Ramón Sousa Domínguez**

F.E.A. de Cirugía. Unidad de Patología Mamaria  
Profesor Asociado Médico del Área de Cirugía  
Departamento de Cirugía, Ginecología y Obstetricia  
Universidad de Zaragoza

**Prof. Dr. Ricardo Campos Ródenas**

F.E.A. del Área de Psicología Médica y Psiquiatría  
Jefe Sección Unidad Hospitalización del Servicio Psiquiatría  
Profesor Asociado Médico del Área de Psicología Médica y Psiquiatría  
Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología  
Universidad de Zaragoza

**Prof. Dr. Antonio Jesús Campayo Martínez**

F.E.A. Psiquiatría de la Unidad de Salud Mental (U.S.M.) de Alcañiz  
Profesor Asociado del Área de Psicología Médica y Psiquiatría  
Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología  
Universidad de Zaragoza

Departamento de Fisiatría y Enfermería

Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud

Año 2015



1542

**Departamento de  
Fisiatría y Enfermería  
Universidad Zaragoza**



Los abajo firmantes: D. Ramón Sousa Domínguez, D. Ricardo Campos Ródenas, D. Antonio Jesús Campayo Martínez

HACEN CONSTAR:

Que los trabajos de investigación incluidos en esta Tesis Doctoral que lleva por título: "Crecimiento Postraumático y factores psicosociales en mujeres con cáncer de mama vinculadas a asociación de pacientes", que presenta Dña. Marta Charlo Bernardos, han sido realizados bajo nuestra dirección y se consideran adecuados para ser defendidos como Tesis para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Zaragoza.

Y que en cumplimiento de la normativa vigente establecida en los Artículos 21 y 22 del R.D. 1393/2007 de 29 de octubre (BOE del 30 de octubre) y por el Título IV, Capítulo II del Acuerdo de 17/12/2008, del Consejo de Gobierno de la Universidad de Zaragoza, por el que se regula la elaboración y defensa de Tesis Doctoral, en la Universidad de Zaragoza, el trabajo mencionado en el párrafo anterior se corresponde con el Proyecto de Tesis presentado por Dña Marta Charlo Bernardos.

Se emite un informe favorable y se destacan los aspectos más notables de la misma, los cuales, a nuestro juicio, son los siguientes:

- La unidad temática está justificada.
- La revisión bibliográfica es adecuada en este trabajo.
- Los motivos de la Tesis Doctoral están justificados por la alta prevalencia de cáncer de mama en la enfermedad oncológica, la presencia de evidencia científica sobre una variedad de influencias en todos los aspectos psicosociales de la mujer afecta de cáncer de mama; y las consecuencias negativas documentadas de la enfermedad oncológica para la salud física, psíquica y social.
- Las publicaciones plantean objetivos concretos al estudio, plasmados en unas hipótesis de trabajo, y se aplica una metodología adecuada para su investigación.
- El estudio del cáncer de mama y su influencia a nivel psicológico permite una aproximación a nuevos enfoques metodológicos, un nuevo instrumento para el estudio del cáncer de mama y su asociación con el crecimiento postraumático, alteraciones en la calidad de vida, ansiedad y depresión, adaptación psicológica al cáncer, y su vinculación a asociación de pacientes.

En Zaragoza, a 7 de junio de 2015

Fdo.: Ramón Sousa Domínguez

Fdo.: Ricardo Campos Ródenas

Fdo.: Antonio Campayo Martínez

Prof. Asociado Médico de Cirugía

Prof. Asociado Médico de Psicología Médica  
y Psiquiatría

Prof. Asociado de Psicología Médica y  
Psiquiatría

*A Valeria y Esteban*

*“La sola razón de soportar los tratamientos  
y mantenerse con una actitud optimista ante el cáncer de mama  
es lograr una meta que tiene el mismo peso que un triunfo.”*

*Haber SA, Bayes R, Gómez R, Die T, Anguas P*

# Agradecimientos

---

Sin el apoyo y ánimo constante de personas maravillosas no hubiera sido posible llevar a cabo este trabajo tan arduo ni haber superado las muchas dificultades y momentos de desánimo.

Quisiera expresar mi inmenso agradecimiento a todas las pacientes con cáncer de mama que han querido colaborar en este estudio, por su esfuerzo a pesar de cómo se encontraban, y pedir mis disculpas si en algún momento ofendí a alguna de ellas o fui demasiado persistente.

A la Unidad de Mama que me ha facilitado el acceso a las pacientes y la recogida de información.

A la Asociación Aragonesa de Cáncer Genital y de Mama (AMAC-GEMA) que han estado siempre dispuestas a abrirme las puertas con la labor que realizan diariamente con las mujeres con cáncer de mama.

A la Unidad de Documentación y Sistemas de Información del Centro de Investigación Biomédica de Aragón del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud por su ayuda rápida y eficaz para acceder a fuentes bibliográficas.

Muchas gracias a mis tres directores de tesis, Dr. Ramón Sousa, Dr. Ricardo Campos y Dr. Antonio Campayo.

Al Dr. Ramón Sousa, que me impulsó y animó a la realización de esta tesis, asesorándome y orientándome a lo largo de todos estos años.

Al Dr. Ricardo Campos, por su apoyo en esta iniciativa, proporcionándome orientación formativa desde los inicios de estas tesis.

Al Dr. Antonio Campayo, por su generosidad ilimitada en este trabajo, por enseñarme a resolver los aspectos estadísticos y por sus muchos consejos.

A mi amiga Julia Guillén, que siempre me ha mantenido firme con las decisiones importantes ayudándome, animándome y orientándome en esta tesis durante todos estos años sin dejarme caer en ningún momento.

A mis amigos, por estar siempre ahí y animarme durante todo este tiempo.

A mis padres y hermanas, Salvador, Aurora, Begoña y Carolina por sentirlos siempre cerca, enseñarme a luchar por lo que deseas y descubrirme la alegría por la vida.

A mi hija Valeria, por impulsarme y acompañarme durante el embarazo y primeros meses de vida dejándome fácil la resolución de la etapa final de esta tesis.

A mi marido Esteban, por ayudarme incondicionalmente, por brindarme su apoyo en el diseño de esta tesis, por su dedicación, amor y cariño durante todo este tiempo.

# Tabla de Contenidos

---

<b>Agradecimientos</b>	<b>i</b>
<b>Tabla de Contenidos</b>	<b>iii</b>
<b>Índice de Gráficos</b>	<b>vii</b>
<b>Índice de Tablas</b>	<b>ix</b>
<b>1 Introducción</b>	<b>11</b>
1.1 Epidemiología.....	11
1.2 Factores de riesgo .....	17
1.2.1 Edad.....	17
1.2.2 Antecedentes familiares .....	18
1.2.3 Factores reproductivos y lactancia.....	18
1.2.4 Obesidad, alcohol, actividad física.....	19
1.2.5 Densidad mamográfica.....	21
1.3 Diagnóstico precoz .....	22
1.4 Tipos de cáncer de mama.....	23
1.5 Factores Pronósticos .....	27
1.5.1 Clasificación molecular del cáncer de mama.....	27
1.5.2 Clasificación TNM .....	30
1.6 Impacto de la enfermedad. Apoyo psicológico .....	31
1.7 La calidad de los pensamientos incide sobre la salud y el bienestar emocional.....	32
<b>2 Marco teórico</b>	<b>33</b>
2.1 Crecimiento postraumático.....	33
2.1.1 Sentido del trauma. Historia.....	33
2.1.2 Definición de crecimiento postraumático .....	35
2.1.3 Factores favorecedores del crecimiento postraumático.....	36
2.1.4 Beneficios del crecimiento postraumático .....	37
2.1.5 Modelos de crecimiento postraumático .....	38
2.1.6 Crecimiento postraumático y cáncer de mama .....	41
2.2 Tipos de apoyo o soporte y terapias psicológicas aplicadas.....	43
2.2.1 Apoyo emocional.....	43
2.2.2 Apoyo informacional-educacional .....	45
2.2.3 Apoyo instrumental.....	48

2.3	Acontecimientos vitales estresantes .....	48
2.4	Malestar clínicamente significativo en el cáncer de mama. Ansiedad y depresión .....	50
2.5	Adaptación psicológica al cáncer .....	53
2.6	Imagen corporal. Significado social y cultural.....	55
2.7	Calidad de vida.....	59
2.8	Personalidad.....	60
<b>3</b>	<b>Justificación</b>	<b>65</b>
3.1	Cáncer de mama, un proceso multifactorial e interdisciplinario.....	65
3.2	El bienestar emocional, psicológico y social claves en el cáncer de mama ...	66
3.3	La vinculación a asociación de pacientes, la pertenencia a un grupo de apoyo y la rentabilidad para el sistema de salud .....	68
<b>4</b>	<b>Objetivos del estudio e Hipótesis</b>	<b>71</b>
4.1	Objetivo principal .....	71
4.2	Objetivos secundarios.....	71
4.3	Hipótesis principal .....	72
4.4	Hipótesis secundarias .....	73
<b>5</b>	<b>Material y métodos</b>	<b>75</b>
5.1	Diseño del estudio .....	75
5.2	Consideraciones éticas .....	75
5.3	Población y muestra .....	76
5.4	Criterios de inclusión y exclusión.....	77
5.5	Procedimiento.....	78
5.6	Instrumentos de medida, cuestionarios y escalas .....	79
5.6.1	<i>Encuesta sociodemográfica</i> .....	79
5.6.2	<i>Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)</i> .....	80
5.6.3	<i>Escala de Holmes y Rahe</i> .....	80
5.6.4	<i>EPQ-A</i> .....	81
5.6.5	<i>HADS</i> .....	82
5.6.6	<i>MINI-MAC</i> .....	83
5.6.7	<i>FACIT-B</i> .....	84
5.6.8	<i>BIS</i> .....	84
5.7	Variables del estudio .....	85
5.7.1	<i>Variable independiente principal</i> .....	85
5.7.2	<i>Otras variables</i> .....	86
5.8	Análisis estadístico.....	88
<b>6</b>	<b>Resultados</b>	<b>89</b>
6.1	Características de la muestra .....	89
6.1.1	<i>Características sociodemográficas</i> .....	90
6.1.2	<i>Características económico-culturales</i> .....	92

6.1.3	<i>Características médicas</i> .....	93
6.1.4	<i>Características psicológicas</i> .....	96
6.2	<b>Estadísticos descriptivos principales</b> .....	98
6.2.1	<i>Crecimiento postraumático</i> .....	98
6.2.2	<i>Calidad de vida</i> .....	98
6.2.3	<i>Adaptación psicológica al cáncer</i> .....	99
6.2.4	<i>Imagen corporal</i> .....	99
6.2.5	<i>Ansiedad y depresión</i> .....	100
6.2.6	<i>Personalidad</i> .....	102
6.2.7	<i>Situaciones vitales más estresantes</i> .....	103
6.3	<b>Resultados hipótesis principal. Crecimiento postraumático y su vinculación con asociación de pacientes</b> .....	104
6.4	<b>Resultados hipótesis secundarias</b> .....	107
6.4.1	<i>Calidad de vida y su vinculación con asociación de pacientes</i> .....	107
6.4.2	<i>Adaptación psicológica al cáncer y su vinculación con asociación de pacientes</i> .....	109
6.4.3	<i>Alteración de la imagen corporal y su vinculación a asociación de pacientes</i> .....	111
6.4.4	<i>Ansiedad y depresión y su vinculación a asociación de pacientes</i> .....	112
6.4.5	<i>Edad ≤ 50 y crecimiento postraumático</i> .....	114
6.4.6	<i>Crecimiento postraumático y su relación con situaciones vitales estresantes</i> .....	115
6.4.7	<i>Riesgo de enfermar según la escala de Holmes y Rahe relacionado con una enfermedad psicológica previa</i> .....	117
6.4.8	<i>Crecimiento postraumático y situación socioeconómica media-alta</i> .....	118
6.4.9	<i>Crecimiento postraumático y personalidad extrovertida vs personalidad neurótica</i> .....	120
6.4.10	<i>Ansiedad y depresión relacionado con personalidad neurótica</i> .....	124
<b>7</b>	<b>Discusión</b>	<b>129</b>
7.1	Limitaciones del estudio.....	129
7.2	Del crecimiento postraumático y las asociaciones.....	130
7.3	De la calidad de vida y las asociaciones.....	134
7.4	De la adaptación al cáncer y las asociaciones .....	137
7.5	De la imagen corporal y las asociaciones.....	141
7.6	De la ansiedad y depresión y las asociaciones.....	143
7.7	De la prevalencia del crecimiento postraumático y las mujeres de hasta 50 años....	146
7.8	De la prevalencia del crecimiento postraumático y el número de situaciones vitales estresantes padecidas .....	148
7.9	Del riesgo de enfermar según escala de Holmes y Rahe y haber padecido una enfermedad psicológica y/o psiquiátrica previa.....	150
7.10	De la prevalencia del crecimiento postraumático y una situación socioeconómica media - alta.....	152
7.11	De la prevalencia del crecimiento postraumático y personalidad extrovertida versus neurótica.....	156
7.12	De la prevalencia de ansiedad y depresión y personalidad neurótica .....	159



7.13 Líneas de investigación futuras.....	163
<b>8 Conclusiones</b>	<b>167</b>
<b>9 Referencias bibliográficas</b>	<b>171</b>
<b>Anexo A - Estudios y revisiones</b>	<b>197</b>
<b>Anexo B - Estadíos del CM</b>	<b>209</b>
<b>Anexo C - Cuestionarios</b>	<b>215</b>
a) Hoja de información al paciente .....	217
b) Consentimiento informado .....	221
c) Revocación del consentimiento .....	225
d) Estudio CPT - CM.....	229
<b>Anexo D - Autorizaciones</b>	<b>253</b>
a) Aprobación de proyecto de Tesis .....	255
b) Carta de aceptación de la Dirección Médica.....	259
c) Dictamen favorable CEICA .....	263
d) Autorización FACIT .....	267
<b>Indice de materias</b>	<b>271</b>

# Índice de Gráficos

---

Gráfico 1	Mortalidad por cáncer de mama en España (1990-2012). (WHO mortality database) (5) .....	13
Gráfico 2	Previsión de Incidencia y Mortalidad del cáncer de mama en España (2012-2035). Fuente: Globocan 2012 <sup>(6)</sup> .....	14
Gráfico 3	Incidencia, Mortalidad y Prevalencia a 5 años en nº de casos de los tipos de cáncer en España en mujeres. Fuente: Globocan 2012 <sup>(6,7)</sup> .....	16
Gráfico 4	Tasas de Incidencia y Mortalidad estandarizadas por edad estimadas en mujeres de todos los tipos de cáncer en año 2012. ASR (W). Ratio por 100.000. <sup>(6,7)</sup> .....	16
Gráfico 6	Distribución de la muestra según Edad .....	91
Gráfico 9	Distribución de la muestra según la Situación Laboral .....	93
Gráfico 10	Distribución de la muestra según la Situación Económica.....	93
Gráfico 11	Distribución de la muestra según el Tipo de tumor.....	94
Gráfico 13	Distribución de la muestra según la Clasificación Molecular .....	95
Gráfico 17	Distribución de la muestra según el Apoyo Sociofamiliar .....	97
Gráfico 18	Valores descriptivos del Crecimiento Postraumático (Box-plot). 98	
Gráfico 19	Valores descriptivos de la Calidad de Vida (Box-plot).....	99
Gráfico 20	Valores descriptivos de Adaptación psicológica al cáncer (Box-plot).....	99
Gráfico 21	Valores descriptivos de Alteración de la Imagen Corporal (Box-plot) .....	100
Gráfico 23	Valores descriptivos de la escala HADS-Depresión (Box-plot) ...	101
Gráfico 25	Valores descriptivos de los Rasgos de Personalidad según EPQA .....	103
Gráfico 27	Distribución según Tipo de Situaciones vitales estresantes.....	104
Gráfico 28	Hipótesis principal - Crecimiento Postraumático / Asociación ..	105
Gráfico 31	Hipótesis 3 - Imagen corporal / Asociación .....	111
Gráfico 32	Hipótesis 4 - Ansiedad y Depresión / Asociación .....	113
Gráfico 34	Hipótesis 6 - Crecimiento postraumático / Situación estresante .....	116
Gráfico 38	Hipótesis 10 – Ansiedad / Neuroticismo.....	124
Gráfico 39	Hipótesis 10 – Depresión / Neuroticismo .....	126

# Índice de Tablas

---

Tabla 1	Mortalidad por cáncer de mama en España (1990-2012). (WHO mortality database) <sup>(5)</sup> ..... 13
Tabla 2	Previsión de Incidencia y Mortalidad de cáncer de mama en España 2012-2035 (n) (Globocan 2012) <sup>(6)</sup> ..... 14
Tabla 3	Incidencia, Mortalidad y Prevalencia estimada de 5 años de todos los cánceres en mujeres en el año 2012 en España. Fuente: Globocan 2012 <sup>(6, 7)</sup> ..... 15
Tabla 4	Otras variables..... 87
Tabla 5	Distribución de la muestra según Causas de Pérdida. .... 90
Tabla 7	Modelo bivariado de Crecimiento Postraumático prevalente según pertenencia a asociación ajustado por edad en los tres cuestionarios recogidos. Coeficientes y significación. .... 106
Tabla 8	Modelo bivariado de Calidad de Vida prevalente según pertenencia a una asociación ajustado por edad en los tres cuestionarios recogidos. Coeficientes y significación ..... 108
Tabla 9	Modelo bivariado de Adaptación Psicológica al cáncer prevalente según pertenencia a asociación ajustado por edad en los tres cuestionarios recogidos. Coeficientes y significación ..... 110
Tabla 10	Modelo bivariado de alteración de la Imagen Corporal prevalente según pertenencia a asociación ajustado por edad en los tres cuestionarios recogidos ..... 112
Tabla 11	Modelo bivariado de Ansiedad y Depresión prevalente según pertenencia a asociación ajustado por edad. Coeficientes y significación..... 114
Tabla 12	Modelo bivariado de Crecimiento Postraumático prevalente en mujeres con cáncer de mama más jóvenes ajustado por edad. Coeficientes y significación..... 115
Tabla 13	Modelo bivariado de Crecimiento Postraumático prevalente según el número de situaciones vitales estresantes ajustado por edad. Coeficientes y significación..... 117
Tabla 14	Modelo bivariado de riesgo de enfermar y haber padecido una enfermedad psicológica previa ajustado por edad. Coeficientes y significación..... 118
Tabla 15	Modelo bivariado de crecimiento postraumático prevalente según la situación económica ajustado por edad. Coeficientes y significación..... 120

Tabla 16	Modelo bivariado de crecimiento postraumático prevalente según rasgo extrovertido ajustado por edad. Coeficientes y significación .....	122
Tabla 17	Modelo bivariado de crecimiento postraumático prevalente según rasgo neurótico ajustado por edad. Coeficientes y significación	123
Tabla 18	Modelo bivariado de Ansiedad prevalente en mujeres con cáncer de mama según rasgo Neurótico ajustado por edad en los diferentes cuestionarios presentados. Coeficientes y significación .....	125
Tabla 19	Modelo bivariado de Depresión prevalente según rasgo Neurótico ajustado por edad en los diferentes cuestionarios presentados. Coeficientes y significación .....	127

# 1

## Introducción

---

### 1.1 Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer de mama (CM) es, en los países occidentales, el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres; el sexo femenino es quien lo padece en un 99% de los casos, siendo por tanto el principal factor de riesgo para el CM ser mujer.

La incidencia de CM está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales, que implica mayores niveles de consumo de alcohol, menos actividad física y el retraso en la maternidad <sup>(1)</sup>.

Según estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), anualmente se diagnostican 1,44 millones de casos en el mundo, la mitad de ellos en mujeres de países en vías de desarrollo. En Europa se diagnostican al año más de 450.000 casos nuevos. Las diferencias geográficas son menos marcadas que hace unas décadas, pero existe un claro patrón geográfico, con mayor incidencia en EEUU, Europa y Australia <sup>(2)</sup>.

En el siglo XX, el cáncer de mama mostró un ascenso en todo el mundo. A comienzos del XXI se observa un descenso en EEUU y en gran parte de los países desarrollados produciéndose principalmente en mujeres mayores de cincuenta años y relacionándose con la caída en el uso de la terapia hormonal sustitutiva en mujeres postmenopáusicas.

La incidencia en España es inferior a la de países de nuestro entorno, con tasas ajustadas de 61 casos por 100.000 mujeres-año, mientras que en la

Unión Europea es de 77 por 100.000. Los cambios reproductivos y sociales en las mujeres españolas explican el fuerte incremento del cáncer de mama en las últimas décadas. Los programas poblacionales de cribado en todas las comunidades autónomas en los años noventa han contribuido al aumento de casos en esa década y al descenso en nuestro país a principios del siglo XXI. Las comunidades que implantaron antes el cribado muestran cómo la incidencia cae tras el agotamiento de población susceptible, para estabilizarse o incluso volver a aumentar posteriormente. Cada año se diagnostican 27.000 casos nuevos de cáncer de mama en mujeres españolas <sup>(3)</sup>.

Los últimos datos recogidos en el proyecto GLOBOCAN 2008 en España hacen referencia a una mortalidad en cuanto al número de casos de 6.008 y una tasa de mortalidad de 12,9 casos por 100.000 mujeres-año <sup>(2)</sup>.

Actualmente, las muertes por esta causa (6.280 en el año 2010) representan el 3,4% de la mortalidad general femenina en nuestro país <sup>(4)</sup>.

En la Tabla y Gráfico 1, se exponen los últimos datos registrados de mortalidad por cáncer de mama en España, así como la tasa bruta y la tasa estandarizada por edad (ASR). En el Gráfico 1 se aprecia notablemente el incremento de la mortalidad a lo largo de este período a la vez que el porcentaje de variación anual de la Tasa de mortalidad estandarizada por edad disminuye en un 2% durante este tiempo, este cambio es debido al diagnóstico precoz y a los avances terapéuticos ya desde el comienzo de la década de 1990 <sup>(5)</sup>.

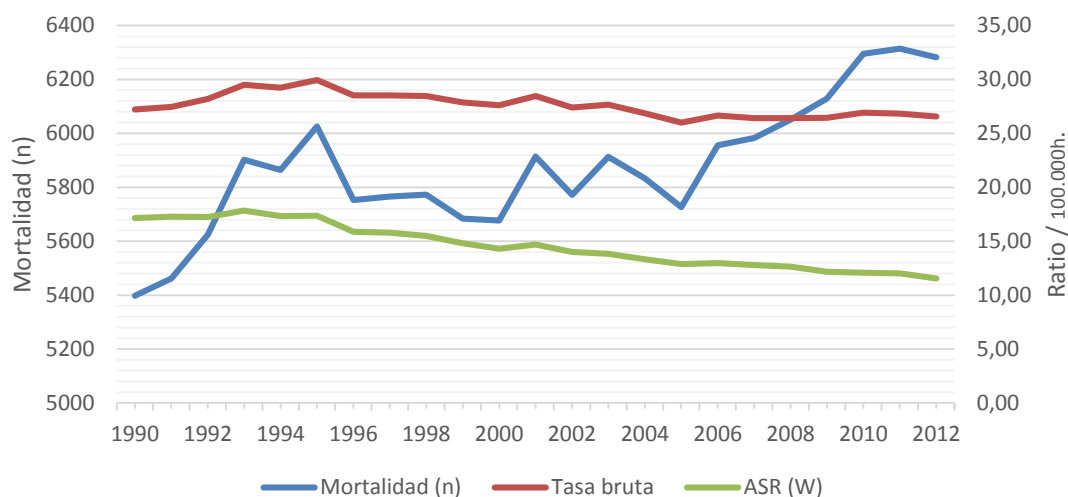
Tabla 1 Mortalidad por cáncer de mama en España (1990-2012). (WHO mortality database) <sup>(5)</sup>

Año	Mortalidad (n)	Tasa bruta	ASR (W)
1990	5398	27.20 (0.37)	17.15 (0.25)
1991	5462	27.45 (0.37)	17.27 (0.25)
1992	5624	28.19 (0.38)	17.25 (0.25)
1993	5902	29.49 (0.38)	17.83 (0.25)
1994	5864	29.22 (0.38)	17.33 (0.25)
1995	6026	29.94 (0.39)	17.37 (0.25)
1996	5752	28.51 (0.38)	15.88 (0.23)
1997	5766	28.51 (0.38)	15.78 (0.23)
1998	5773	28.45 (0.37)	15.49 (0.23)
1999	5684	27.86 (0.37)	14.81 (0.22)
2000	5677	27.61 (0.37)	14.29 (0.21)
2001	5914	28.45 (0.37)	14.68 (0.22)
2002	5772	27.40 (0.36)	14.01 (0.21)
2003	5913	27.66 (0.36)	13.84 (0.21)
2004	5833	26.87 (0.35)	13.31 (0.20)
2005	5727	26.00 (0.34)	12.89 (0.19)
2006	5956	26.66 (0.35)	12.97 (0.19)
2007	5983	26.42 (0.34)	12.78 (0.19)
2008	6051	26.40 (0.34)	12.63 (0.19)
2009	6129	26.45 (0.34)	12.17 (0.18)
2010	6295	26.92 (0.34)	12.09 (0.18)
2011	6314	26.82 (0.34)	12.03 (0.18)
2012	6282	26.55 (0.34)	11.55 (0.17)
APC	0.48 [0.33;0.64]	-0.41 [-0.58;-0.24]	-2.02 [-2.19;-1.86]

Tasa Bruta (error estándar) por 100,000

ASR Tasa Estandarizada por Edad (error estándar) por 100,000

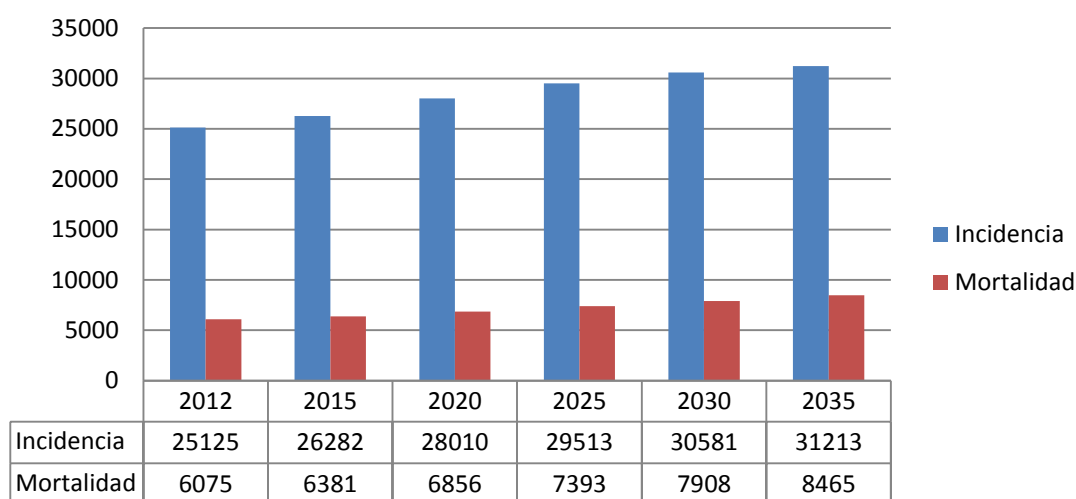
APC: Porcentaje de variación anual [95%CI]

Gráfico 1 Mortalidad por cáncer de mama en España (1990-2012). (WHO mortality database) <sup>(5)</sup>

La previsión de incidencia y mortalidad del cáncer de mama en España durante el período comprendido 2012-2035 en cuanto al número de casos y según la fuente Globocan 2012 se muestran en la Tabla y Gráfico 2, presentándose un aumento de ambas variables a lo largo de todo este período (6).

**Tabla 2** Previsión de Incidencia y Mortalidad de cáncer de mama en España 2012-2035 (n) (Globocan 2012) <sup>(6)</sup>

	2012	2015	2020	2025	2030	2035
<b>Incidencia</b>	25125	26282	28010	29513	30581	31213
<b>Mortalidad</b>	6075	6381	6856	7393	7908	8465



**Gráfico 2** Previsión de Incidencia y Mortalidad del cáncer de mama en España (2012-2035). Fuente: Globocan 2012<sup>(6)</sup>

A continuación se muestra en la Tabla 3 y en los Gráficos 3 y 4 la Incidencia y Mortalidad en cuanto al número de casos y tasas estandarizadas por edad (ASR) en mujeres de todos los tipos de cáncer exceptuando el cáncer de piel que no sea melanoma para todas las edades, además de la prevalencia a 5 años para la población adulta solamente en el año 2012 en España (6, 7). Tal como se refleja el cáncer de mama es el que más prevalencia, incidencia y prevalencia a 5 años tiene, ocupando el primer lugar entre todos los cánceres a excepción del cáncer de piel que no sea melanoma.



**Tabla 3 Incidencia, Mortalidad y Prevalencia estimada de 5 años de todos los cánceres en mujeres en el año 2012 en España. Fuente: Globocan 2012 <sup>(6, 7)</sup>**

	Incidencia			Mortalidad			Prevalencia 5 años		
	Número	(%)	ASR(W)	Número	(%)	ASR(W)	Número	(%)	Prop.
<b>Pecho</b>	25215	29.0	67.3	6075	15.5	11.9	104210	40.8	516.2
<b>Colon y recto</b>	12979	14.9	24.2	5958	15.2	8.4	36014	14.1	178.4
<b>Cuerpo del útero</b>	5121	5.9	11.6	1211	3.1	1.9	19272	7.6	95.5
<b>Pulmón</b>	4935	5.7	11.3	3688	9.4	8.0	5380	2.1	26.6
<b>Ovario</b>	3236	3.7	7.7	1878	4.8	3.7	7925	3.1	39.3
<b>Páncreas</b>	3032	3.5	5.0	2717	6.9	4.3	1588	0.6	7.9
<b>Estómago</b>	2944	3.4	5.1	2054	5.2	3.2	4698	1.8	23.3
<b>Linfoma no Hodgkin</b>	2751	3.2	5.9	1071	2.7	1.6	7136	2.8	35.3
<b>Melanoma de la piel</b>	2718	3.1	7.2	440	1.1	0.9	10584	4.1	52.4
<b>Cuello uterino</b>	2511	2.9	7.8	848	2.2	2.1	8867	3.5	43.9
<b>Vejiga</b>	2205	2.5	3.7	905	2.3	1.1	7401	2.9	36.7
<b>Leucemia</b>	2162	2.5	5.0	1378	3.5	2.3	4503	1.8	22.3
<b>Riñón</b>	2128	2.4	4.8	764	1.9	1.2	6023	2.4	29.8
<b>Cerebro, sistema nervioso</b>	1661	1.9	4.2	1199	3.1	2.6	1289	0.5	6.4
<b>Hígado</b>	1516	1.7	2.4	1487	3.8	2.0	1441	0.6	7.1
<b>Tiroides</b>	1361	1.6	4.1	186	0.5	0.3	5306	2.1	26.3
<b>Labio, cavidad oral</b>	1219	1.4	2.3	351	0.9	0.6	3361	1.3	16.6
<b>Mieloma múltiple</b>	1109	1.3	1.8	826	2.1	1.1	2599	1.0	12.9
<b>Vesícula biliar</b>	1055	1.2	1.6	691	1.8	0.9	993	0.4	4.9
<b>Linfoma de Hodgkin</b>	534	0.6	2.2	95	0.2	0.2	1525	0.6	7.6
<b>Esófago</b>	334	0.4	0.7	271	0.7	0.5	339	0.1	1.7
<b>Laringe</b>	268	0.3	0.7	86	0.2	0.2	954	0.4	4.7
<b>Otros faringe</b>	157	0.2	0.4	93	0.2	0.2	384	0.2	1.9
<b>Nasofaringe</b>	97	0.1	0.2	50	0.1	0.1	229	0.1	1.1
<b>Sarcoma de Kaposi</b>	73	0.1	0.2	8	0.0	0.0	203	0.1	1.0
<b>Todos los cánceres</b> excl. cáncer piel no melanoma	<b>86984</b>	<b>100.0</b>	<b>198.2</b>	<b>39183</b>	<b>100</b>	<b>67.0</b>	<b>255195</b>	<b>100</b>	<b>1264.2</b>

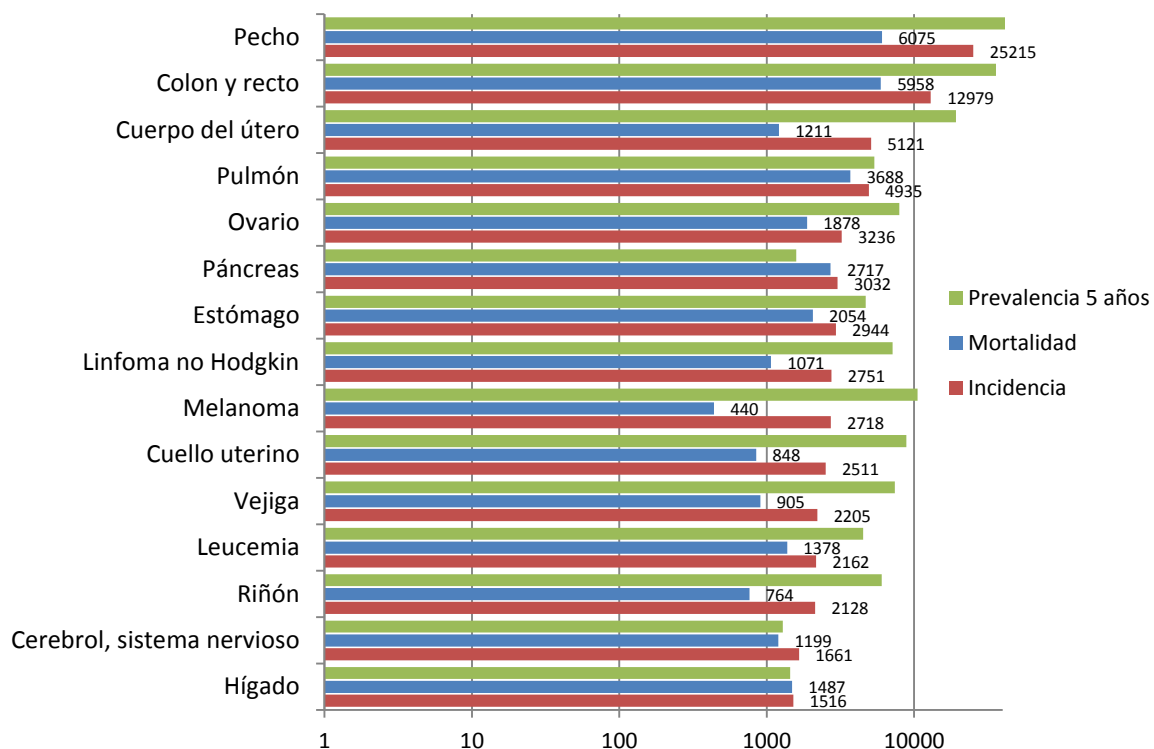


Gráfico 3 Incidencia, Mortalidad y Prevalencia a 5 años en nº de casos de los tipos de cáncer en España en mujeres. Fuente: Globocan 2012 (6, 7)

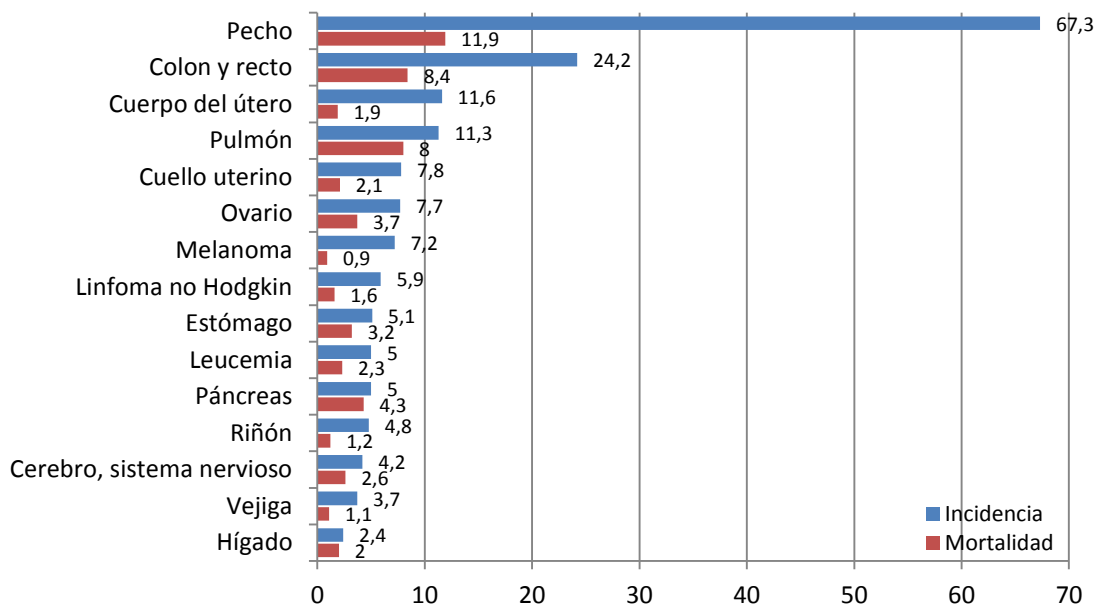


Gráfico 4 Tasas de Incidencia y Mortalidad estandarizadas por edad estimadas en mujeres de todos los tipos de cáncer en año 2012. ASR (W). Ratio por 100.000. (6, 7)

## 1.2 Factores de riesgo

El cáncer de mama (CM) ha sido objeto de infinidad de estudios acerca de los posibles factores de riesgo que influyen en su aparición y aunque todavía se desconoce la causa desencadenante, cada día se sabe más acerca de los diversos factores que influyen en su desarrollo. Hay que tener en cuenta que la gran mayoría de mujeres (85%) que presenta cáncer de mama no tiene ningún factor de riesgo identificable además de la edad, por lo que debemos considerar que todas las mujeres corren riesgo <sup>(8)</sup>.

Existe actualmente una herramienta interactiva de Evaluación de Riesgo de Cáncer de Mama diseñada por científicos del Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos (NCI) y del Plan Nacional de Cirugía de la Mama y del Intestino (NSABP) para estimar el riesgo de desarrollar cáncer de mama invasivo de una mujer en la que se analizan distintos factores como la edad, raza-etnia, edad de la primera menstruación, edad en el primer embarazo, historia previa de lesiones “in situ”, biopsias anteriores y antecedentes familiares, que se trata del factor más importante, disponible en la página web del NCI: <http://bcra.nci.nih.gov/bc>.

Pese a conocerse bien varios factores de riesgo del CM en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores de riesgo específicos <sup>(8-10)</sup>.

### 1.2.1 Edad

Es el factor de riesgo individualmente más importante, ya que a medida que aumenta la edad, el riesgo relativo de muerte por cáncer de mama va incrementándose. Alrededor del 94% de todos los cánceres de mama afectan a mujeres mayores de 40 años <sup>(11)</sup>. Sin embargo, los tumores diagnosticados en mujeres de menos de 35 años, tienen peor pronóstico, tanto en intervalo libre de enfermedad como en supervivencia global, debido a que suelen ser más proliferativos, considerando esto un factor de mal pronóstico independiente <sup>(12, 13)</sup>. Este último punto sigue siendo controvertido ya que otros autores no encuentran diferencias cuando analizan estadio por estadio y creen que el peor pronóstico sería por un retraso diagnóstico, como pasa en el cáncer de mama en la paciente gestante <sup>(14)</sup>.

### 1.2.2 Antecedentes familiares

El riesgo de cáncer de mama de una mujer de la población general, sin ningún antecedente familiar de esta enfermedad, es del 7,8% a lo largo de la vida. El riesgo aumenta hasta el 13,3% si tiene familiares de primer grado afectas de cáncer de mama, y hasta un 21% en caso de tener dos familiares de primer grado afectas <sup>(15)</sup>. King et al. estimaron que de todos los casos de cáncer de mama, un 70-75% corresponde a casos esporádicos, un 15-20% a agregaciones familiares inespecíficas, y un 5-10% a casos hereditarios <sup>(16)</sup>. De todos modos, una historia familiar positiva de cáncer de mama no implica necesariamente la existencia de una mutación hereditaria de alta predisposición.

Las mutaciones en los genes de alta predisposición al cáncer de mama BRCA1, BRCA2, CHEK2, TP53 Y PTEN causan aproximadamente entre el 5 y el 10% de todos los casos <sup>(17)</sup>. La prevalencia de mutaciones BRCA1 y BRCA2 varía considerablemente entre distintas áreas geográficas y grupos étnicos. La frecuencia de mutaciones BRCA1 y BRCA2 en pacientes con cáncer de mama son generalmente bajas (1-7% para BRCA1 y 1-3% para BRCA2). Prevalencias más elevadas están asociadas a una historia familiar positiva de cáncer de mama, edad precoz al diagnóstico, cáncer de mama en varones o múltiples cánceres diagnosticados en un mismo paciente (bilateral de mama o de mama y ovario)<sup>(18)</sup>.

Según resultados de un metaanálisis se estima que el riesgo de cáncer de mama a lo largo de la vida de una mujer portadora de mutación en el gen BRCA1 es del 65% (IC 95%, 44-78%), y del 45% (IC 95%, 31-56%) para portadoras BRCA1 y BRCA2, respectivamente <sup>(19)</sup>. Un estudio multicéntrico español estimó que los riesgos de cáncer de mama eran del 52% (IC 95%, 26-69%) y el 47% (IC 95%, 29-60%) para portadoras BRCA1 y BRCA2 respectivamente <sup>(20)</sup>.

### 1.2.3 Factores reproductivos y lactancia

Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquía precoz, una menopausia tardía y haber tenido el primer hijo a una edad avanzada, figuran entre los factores de riesgo

más importantes del cáncer de mama. Las hormonas exógenas también conllevan un mayor riesgo de cáncer de mama, por lo que las usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgo que las mujeres que no usan esos productos <sup>(21-24)</sup>.

Sin embargo, otro factor como la lactancia materna tiene un efecto protector <sup>(9, 10)</sup>. Los embarazos y la lactancia materna se cree que tienen dos efectos sobre el riesgo de cáncer de mama de una mujer. Durante y poco después del embarazo, las mujeres tienen un mayor riesgo de cáncer de mama, pero a lo largo de los años posteriores, el riesgo de cáncer de mama es menor en comparación con las mujeres que nunca han dado a luz <sup>(25)</sup>. La mayoría de los estudios utilizan un diseño que examina las mujeres en una etapa posterior de su ciclo de vida y proporciona datos sobre el efecto de reducción del riesgo. Las mujeres nulíparas tienen un riesgo de por vida de alrededor de un 6,3% hasta la edad de los 70 <sup>(26)</sup>, sin embargo este riesgo iría disminuyendo con cada embarazo. El riesgo relativo de cáncer de mama se reduce en un 4,3 % (IC 95% , 2.9 a 5.8) por cada 12 meses de lactancia materna, además de una disminución del 7,0 % (IC 95 %, 5.0 a 9.0) para cada nacimiento <sup>(26)</sup>.

Existe cierta evidencia de que la nuliparidad y la edad avanzada del primer parto se asocian con un mayor riesgo para el cáncer de mama con receptor de estrógeno positivo, así como para el cáncer de mama con receptor de progesterona positivo, pero no para el cáncer de mama triple negativo. Los pacientes con tumores de receptores de estrógenos negativos tienen más probabilidades de ser nulíparas o tener una alta edad al primer parto <sup>(27)</sup>.

#### 1.2.4 Obesidad, alcohol, actividad física

Danaei y colaboradores han calculado la contribución de diversos factores de riesgo modificables, exceptuando los factores reproductivos a la carga global de cáncer de mama. Los autores concluyen que el 21% de todas las muertes por cáncer de mama registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso, la obesidad y la falta de actividad física <sup>(28)</sup>. Y entre todas ellos el tener un Índice de Masa Corporal (IMC) alto parece afectar a la mortalidad por cáncer de mama más consistentemente <sup>(29)</sup>.

Esa proporción fue mayor en los países de ingresos altos (27%), y el factor más importante fue el sobrepeso y la obesidad. En los países de ingresos bajos y medios, la proporción de cánceres de mama atribuibles a esos factores de riesgo fue del 18%, y la falta de actividad física fue el factor determinante más importante (10%). La diferente incidencia del cáncer de mama en los países desarrollados y los países en desarrollo puede explicarse en parte por los efectos de la alimentación, unidos a la mayor edad del primer embarazo, el menor número de partos y el acortamiento de la lactancia<sup>(10, 30)</sup>. La creciente adopción de modos de vida occidental en los países de ingresos bajos y medios es un determinante importante del incremento de la incidencia de cáncer de mama en esos países.

Últimas evidencias científicas nos muestran cómo los supervivientes de cáncer de mama que tenían un IMC más alto, una circunferencia de cintura mayor y los niveles de presión sanguínea más altos, tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes, diversos problemas del aparato locomotor, así como un mayor riesgo de aparición de varias formas de cáncer, incluyendo su recurrencia. Así pues, los cambios en la composición del cuerpo deben ser considerados por el equipo médico cuando se mira en las estrategias de salud preventiva para los pacientes supervivientes de cáncer de mama<sup>(31)</sup>.

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de cáncer de mama. Un metaanálisis británico incluyó datos individuales de los estudios caso-control y de cohorte. En comparación con el riesgo relativo de cáncer de mama para las mujeres que informaron no haber consumido alcohol, el riesgo relativo fue de 1.32 (95% CI, 1.19–1.45;  $p < 0.001$ ), para las mujeres que consumen 35 a 44g de alcohol al día y 1.46 (95% CI, 1.33–1.61;  $p < 0.001$ ) para los que consumen al menos 45g de alcohol al día. El riesgo relativo de cáncer de mama aumenta en un 7% (95% CI, 5.5%–8.7%;  $p < 0.001$ ) por cada 10g de alcohol consumidos por día. Estos hallazgos persisten después de la estratificación por raza, educación, antecedentes familiares, la edad de la menarquía, estatura, peso, índice de masa corporal, lactancia materna, uso de anticonceptivos orales, el uso de terapia hormonal sustitutiva y edad de la menopausia<sup>(32)</sup>.

El ejercicio físico puede reducir el riesgo de cáncer de mama, especialmente en mujeres con hijos jóvenes. Un estudio prospectivo a casi 14 años con

una muestra de más de 25.000 mujeres noruegas encontró que el trabajo manual pesado o por lo menos 4 horas de ejercicio por semana está asociado con un menor riesgo de cáncer de mama, especialmente en mujeres premenopáusicas y en las de peso normal o inferior<sup>(33)</sup>. En un estudio de casos y controles de más de 2000 mujeres afroamericanas, la actividad física recreativa extenuante más de 7 horas a la semana se asoció con una disminución de la incidencia de cáncer de mama<sup>(34)</sup>.

### 1.2.5 Densidad mamográfica

La densidad mamográfica (MD) es uno de los factores de riesgo más importantes para el cáncer de mama. Las mujeres con un alta MD tienen hasta cinco veces mayor de riesgo de padecer cáncer de mama<sup>(35-37)</sup>. Debido a su importancia, el conocimiento de los mecanismos moleculares y cómo la densidad mamográfica se vincula con la patogénesis del cáncer de mama podría ser de utilidad especial para la prevención del cáncer de mama.

Algunos estudios investigaron si la densidad mamográfica es un factor de riesgo para un determinado tipo de cáncer. Los primeros estudios han demostrado que, por ejemplo, la histología del tumor estaba asociado con riesgo de cáncer de mama<sup>(38)</sup>. En un reciente estudio de la densidad mamográfica de casos y controles parecía ser un fuerte factor de riesgo para el cáncer de alto grado y el cáncer de mama receptor de estrógeno negativo. Estos resultados fueron confirmados en un análisis de casos asociando una densidad mamográfica más alta con un menor porcentaje de tumores con receptores de estrógenos positivos<sup>(39)</sup>. El mismo estudio sugirió que la asociación con la positividad de los receptores de progesterona fue inversa a la del receptor de estrógeno. Los autores concluyeron que la densidad mamográfica podría aumentar específicamente el riesgo de cáncer de mama a través de la vía del receptor de la progesterona, posiblemente con la participación de los receptores RANK y RANKL<sup>(40)</sup>.

Recientemente se ha podido demostrar que la proteína de superficie CD36 podría ser el mediador responsable de la alta MD tanto en el tejido sano del pecho como en los tumores de mama<sup>(41)</sup>. Se ha demostrado que la CD36 induce la transformación de las células del estroma de los adipocitos y que suprime la expresión de proteínas de matriz extracelular, tanto en el tejido sano

del pecho como en el tejido tumoral<sup>(41)</sup>. Este trabajo es uno de los primeros en arrojar luz sobre el fondo molecular de la regulación de la densidad mamaria en el tejido sano y el maligno.

### 1.3 Diagnóstico precoz

En definitiva, sea cual sea la situación personal, familiar, económica o religiosa, el CM puede afectar a cualquier mujer e incluso a hombres aunque en menor medida (inferior al 1% de los casos)<sup>(42-44)</sup>, lo que obliga a ser cautelosos frente a ello, ya que la única manera de luchar contra el CM es “detectarlo a tiempo”. Mediante la detección precoz del CM se pueden salvar vidas, no es lo mismo acudir a los programas de cribado, ser cautelosos y practicar con frecuencia el autoexamen mamario que no cumplir con los métodos de detección precoz, tampoco es suficiente acudir al ginecólogo y no aplicar los demás métodos de detección precoz u optar sólo por el autoexamen mamario, cada técnica es complementaria a la otra, ningún método sustituye a los demás métodos de prevención y diagnóstico precoz. Esta realidad hace que sea de suma importancia la difusión de la información educativa sobre este tema a todas las mujeres de nuestro entorno, utilizando todos los medios humanos, didácticos y tecnológicos para este fin.

*“La detección precoz, sigue siendo la pieza angular de la lucha contra este cáncer”*

La lucha para inculcar la prevención del CM en la población se ha convertido en una práctica sistemática, ha creado la necesidad de formar, ayudar y colaborar en la prevención y tratamiento de esta enfermedad, porque una simple información y el cumplimiento de la misma, podría salvar la vida de muchas mujeres o hacer que la enfermedad tenga menos consecuencias físicas sobre la persona afectada.

La OMS promueve la lucha contra el cáncer de mama en el marco de programas nacionales amplios de control del cáncer que están integrados con las enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados. El control integral del cáncer abarca la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.



La sensibilización del público en general sobre el problema del CM y los mecanismos de control, así como la promoción de políticas y programas adecuados son estrategias fundamentales para el control poblacional del cáncer de mama. Muchos países de ingresos bajos y medios afrontan actualmente una doble carga de cáncer mamario y cáncer cervicouterino, que son las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de más de 30 años. Es preciso que esos países implementen estrategias combinadas que aborden estos dos problemas de salud pública de manera eficaz y eficiente.

Las estrategias que han tenido éxito en la mejora de los resultados después del cáncer de mama en los países más desarrollados no siempre son factibles en el contexto de los países en desarrollo debido a problemas tales como la escasez de recursos, la distribución por edades más joven y la falta de aceptación social<sup>(30, 45)</sup>. Por lo tanto se necesitan enfoques alternativos. En reconocimiento de esto, la Iniciativa Mundial de Salud de Mama<sup>(46)</sup> ha establecido directrices basadas en la evidencia para los países de ingresos bajos y medios que tienen como centro de acciones prácticas rentables para la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento que se pueden integrar dentro de las estructuras de salud existente<sup>(47)</sup>. Por ejemplo, mientras que la introducción del screening del cáncer de mama utilizando la mamografía puede estar fuera de su alcance en un país con recursos limitados, la implementación de iniciativas de concienciación pública en combinación con un programa de examen clínico de mama podría ser un objetivo más realista<sup>(45, 47, 48)</sup>. Se prevé que estas intervenciones funcionen para reducir las disparidades globales que actualmente persisten para las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

La detección precoz a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos de cáncer de mama sigue siendo la piedra angular de la lucha contra este cáncer<sup>(47)</sup>.

## 1.4 Tipos de cáncer de mama

El cáncer de mama puede comenzar en distintas áreas de la mama: los conductos, los lobulillos o, en algunos casos, el tejido intermedio. La OMS clasifica el cáncer de mama según su lugar de origen (ductal o lobulillar), su carácter (in situ o invasivo) y por su patrón estructural.

## **CDIS : Carcinoma Ductal In Situ**

---

El carcinoma ductal in situ (CDIS) es el tipo más común de cáncer de mama no invasivo. Ductal significa que el cáncer comienza dentro de los conductos lácteos, carcinoma se refiere a cualquier cáncer que comienza en la piel u otros tejidos (incluyendo tejido mamario) que cubren o revisten los órganos internos, y la frase in situ significa «en su lugar original». El CDIS se denomina «no invasivo» debido a que no se propaga fuera del conducto lácteo hacia otros tejidos mamarios circundantes normales. El CDIS no pone en peligro la vida, pero padecer CDIS puede aumentar el riesgo de desarrollar un cáncer de mama invasivo más adelante.

Cuando has padecido CDIS se tiene más riesgo de que el cáncer regrese o que se desarrolle un nuevo cáncer de mama que en una persona que nunca antes padeció la afección. La mayoría de los casos de recurrencias se dan dentro de los 5 a 10 años siguientes al diagnóstico inicial. El riesgo de una recurrencia es menor del 30%.

Las mujeres que se sometieron a cirugía con preservación de mama (lumpectomía) para CDIS sin terapia de radiación presentan alrededor de 25 a 30% de riesgo de sufrir una recurrencia en algún momento en el futuro. Incluir la terapia de radiación en el plan de tratamiento después de una cirugía disminuye el riesgo de recurrencia a un 15% aproximadamente. Si el cáncer de mama regresa luego de un tratamiento previo de CDIS, la recurrencia es no invasiva cerca de la mitad de las veces e invasiva la otra mitad.

De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer (ACS) cada año se diagnostican en los Estados Unidos alrededor de 60.000 casos de CDIS, lo que representa aproximadamente 1 de cada 5 nuevos casos de cáncer de mama. Existen dos motivos principales para que la cifra sea tan alta y haya aumentado con el tiempo:

- Las personas viven mucho más tiempo. A medida que envejecemos aumenta el riesgo de cáncer de mama.
- Un mayor número de personas se realizan mamografías y la calidad de las mismas ha mejorado por lo que más casos de cáncer se identifican en estadios tempranos.

## **CLIS : Carcinoma Lobulillar In Situ**

---

El carcinoma lobulillar in situ (CLIS) es un área o varias áreas de crecimiento celular anómalo que aumentan el riesgo de que una persona desarrolle cáncer de mama invasivo más adelante. Lobulillar significa que las células anómalas comienzan a crecer en los lobulillos, las glándulas productoras de leche ubicadas en los extremos de los conductos mamarios. Carcinoma hace referencia a todo cáncer que se origina en la piel o en otros tejidos que cubren órganos internos, como el tejido mamario. In situ «en su lugar original» significa que el crecimiento anómalo permanece dentro del lobulillo y no se propaga hacia los tejidos circundantes. Las personas diagnosticadas con CLIS suelen tener más de un lobulillo afectado.

A pesar de incluir el término «carcinoma» en su nombre, el CLIS no es un verdadero cáncer de mama. En realidad, el CLIS es una señal de que la persona presenta un riesgo mayor al promedio de padecer cáncer de mama en el futuro. Por este motivo, algunos especialistas prefieren el término «neoplasia lobular» en lugar de «carcinoma lobular». La neoplasia es una acumulación de células anómalas.

El CLIS se diagnostica generalmente antes de la menopausia, más frecuentemente entre los 40-50 años de edad. Menos del 10% de las mujeres diagnosticadas con CLIS ya han atravesado la menopausia. El CLIS es muy poco frecuente en hombres.

El CLIS se considera una afección poco común pero no sabemos con certeza cuántas personas la padecen, debido a que no causa síntomas y habitualmente no aparece en una mamografía. Se suele diagnosticar como resultado de una biopsia realizada en la mama por alguna otra razón.

## **CDI : Carcinoma Ductal Invasivo**

---

El carcinoma ductal invasivo (CDI), a veces denominado carcinoma ductal infiltrante, es el tipo más común de cáncer de mama. Alrededor del 80% de todos los casos de cáncer de mama son CDI.

Invasivo significa que el cáncer ha «invadido» o se ha propagado hacia los tejidos mamarios que lo rodean. Ductal significa que el cáncer comenzó en los conductos lácteos, que son las tuberías que transportan la leche desde los

lobulillos productores de leche al pezón. Carcinoma hace referencia a todo cáncer que se origina en la piel o en otros tejidos que revisten órganos internos, como el tejido mamario. En conjunto, CDI hace referencia al cáncer que ha atravesado la pared del conducto lácteo y ha comenzado a invadir los tejidos de la mama. Con el tiempo, el carcinoma ductal invasivo puede propagarse hacia los ganglios linfáticos y posiblemente a otras áreas del cuerpo.

De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer, cada año más de 180.000 mujeres en los Estados Unidos descubren que padecen cáncer de mama invasivo. A la mayoría de ellas se les diagnostica CDI. Aunque este carcinoma puede afectar a mujeres de cualquier edad, resulta más común a medida que la mujer envejece. Según la Sociedad Americana del Cáncer, aproximadamente dos tercios de las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama invasivo tienen 55 años o más. El CDI también afecta a los hombres.

### **CLI : Carcinoma Lobulillar Invasivo**

---

El carcinoma lobulillar invasivo, a veces conocido como carcinoma lobulillar infiltrante, es el segundo tipo de cáncer más común después del CDI. Según la Sociedad Americana del Cáncer, más de 180.000 mujeres en los Estados Unidos descubren anualmente que padecen un cáncer de mama invasivo, de los que alrededor del 10% de estos casos son carcinomas lobulares invasivos.

En conjunto, CLI hace referencia al cáncer que ha atravesado la pared del lobulillo y ha comenzado a invadir los tejidos de la mama. Con el paso del tiempo, un carcinoma lobular invasivo puede propagarse hacia los ganglios linfáticos y posiblemente otras zonas del cuerpo. Si bien los CLI pueden afectar a mujeres de cualquier edad, son más comunes en mujeres mayores. Según la Sociedad Americana del Cáncer aproximadamente dos tercios de las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama invasivo tienen 55 años o más. Los CLI tienden a aparecer en edades más avanzadas que los carcinomas ductales invasivos, alrededor de los 60 años frente a los 55 a 60 años, respectivamente.

Algunas investigaciones sugieren que el uso de terapias de reemplazo hormonal durante y después de la menopausia puede aumentar el riesgo de desarrollar un CLI.

## 1.5 Factores Pronósticos

### 1.5.1 Clasificación molecular del cáncer de mama

Los estudios de expresión génica de los que fueron pioneros el grupo Stanford<sup>(49-51)</sup> demostraron que la heterogeneidad morfológica de los carcinomas de mama se veía reflejada también a nivel transcripcional. En los estudios iniciales se analizó la expresión de un grupo de genes en muestras de tejido mamario normal y muestras de diferentes tumores de mama, incluyendo mediciones repetidas en algunos de ellos<sup>(49-51)</sup>.

Los investigadores observaron que los tumores se agrupaban en dos ramas principales, dependiendo de la positividad o negatividad para receptores de estrógenos (RE). Así, los tumores que expresaban RE también expresaban genes dependientes de estos y otros propios de las células epiteliales lumbinales normales como receptores de progesterona (RP). Es por ello que este grupo de tumores RE+ fue también denominado luminal, identificándose al menos dos grupos que fueron denominados luminal A y B respectivamente. A su vez, dentro de la rama donde se agrupaban los carcinomas negativos para RE aparecían otros subgrupos de menor tamaño, basal like o triple negativo y HER2 positivo. Los tumores incluidos en el grupo de los HER2 positivos se caracterizaban por la expresión de altos niveles de genes incluidos en la amplificación del HER2, localizado en el cromosoma 17q21, incluyendo el HER2 y otros como el GRB7. Los tumores incluidos en el grupo «basal like» fueron en una amplia mayoría negativos para RE, RP y HER2 (triple negativos) y expresaban de forma característica genes normalmente expresados por las células mioepiteliales normales de la mama como CK5/6, CK17, integrina B4, laminina y otros, además de EGFR y c-KIT.

Uno de los problemas de la nueva taxonomía molecular es que ésta se ha desarrollado usando una metodología que hoy por hoy es difícil de aplicar de manera rutinaria. Es por ello que se han realizado esfuerzos para poder identificar estos subtipos a través de técnicas más accesibles, como la inmunohistoquímica, así como correlacionar los grupos moleculares con características morfológicas y tipos histológicos<sup>(52, 53)</sup>.

En este sentido, se ha sugerido que la diferenciación entre tumores luminales A y luminales B, ya que ambos expresan RE, podría establecerse analizando la proliferación tumoral a través de la expresión de Ki67 <sup>(54)</sup>. Tumores RE+ con expresión de Ki67 mayor del 15% serían considerados tumores luminales B. En ese mismo sentido, se considerarían luminales B los tumores RE+ que fuesen HER2+, mientras que el subgrupo HER2 lo constituirían los tumores HER2+ y RE-.

## Receptores Hormonales

Los receptores de estrógenos (RE) y progesterona (RP) han sido de los primeros factores moleculares en utilizarse en la práctica clínica ya que contribuyen en la regulación de la proliferación y diferenciación celular mamaria, y sobre todo, son imprescindibles para la selección de pacientes que se beneficiarán de un tratamiento hormonal mejorando el pronóstico y supervivencia. Se recomienda su detección en el tumor primario, recurrencias y en las lesiones metastásicas <sup>(55, 56)</sup>. Tanto en pacientes menopáusicas como premenopáusicas, el estado de los receptores hormonales puede servir para identificar a los pacientes que pueden obtener mayor beneficio del tratamiento hormonal, tanto el adyuvante como el tratamiento de la recidiva local o metástasis. La expresión de estos receptores se asocia a menor agresividad tumoral. En el consenso de St. Gallen del 2009 se considera que el tratamiento hormonoterápico está indicado siempre que haya expresión de RE en el tumor, independientemente del RP, aunque en ASCO 2010 se contradice este punto, recomendando tratar cuando RP es positivo <sup>(57)</sup>. Se dará tratamiento a estas pacientes, independientemente de la edad, afectación ganglionar, tratamiento quimioterápico adyuvante, y expresión de HER2. Una expresión de RE superior al 50% se considera un indicador de alta hormono sensibilidad. Algunos estudios sugieren que los cánceres HER2 positivo pueden ser menos sensibles a alguna terapia hormonal aunque otros estudios lo contradicen <sup>(58, 59)</sup>.

## HER2/neu

Her2/neu (c-erb-B2) es un protooncogen localizado en el cromosoma 17q21 que codifica un receptor de la tirosinaquinasa transmembrana (ERB2 o p185) que comparte una extensa similitud con el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR). Está sobreexpresado aproximadamente en el 20%

de los tumores de mama, asociándose a un peor pronóstico. Las alteraciones de HER2/neu han sido registradas en un 40-60% de los casos de CDIS y están más extendidas en los subtipos comedo que en los cribiformes, lo cual indica que existe un papel en la progresión de las lesiones premalignas <sup>(60)</sup>. Se considera positivo si se detecta una alta expresión IHQ (+++/+++ en más del 30%). Si la expresión es moderada debe comprobarse si está amplificado mediante técnicas de inmunofluorescencia (FISH superior a 2.2+) <sup>(61)</sup>. Actualmente, la técnica de hibridación in situ, ya sea fluorescente (FISH) o con otros métodos de revelado (CISH, SISH) se considera el gold standard en la valoración de la amplificación del gen ERBB2 (HER2/neu) en el cáncer de mama <sup>(62)</sup>.

La sobreexpresión HER2/neu se correlaciona con peor pronóstico tumoral, menor intervalo libre de enfermedad y supervivencia global, presencia de metástasis en ganglios axilares, hormonoindependencia, mayor capacidad proliferativa y resistencia al tamoxifeno. No se relaciona con la edad, grado histológico ni tamaño tumoral <sup>(63)</sup>.

Por otro lado, los tumores de mama que no expresen RE ni RP ni HER2, los llamados «triple negativos» tienen peor pronóstico <sup>(64)</sup>. En la misma línea de la bibliografía general, encuentran que los «triple negativo» tienen mayor grado histológico, metástasis, recurrencias locales y cáncer de mama contralateral y peor supervivencia total <sup>(65)</sup>.

## **Ki 67**

Ki-67 es un antígeno nuclear de naturaleza proteica y es un indicador de proliferación celular demostrando ser un marcador pronóstico y predictivo de respuesta al tratamiento en cáncer de mama. La actividad de este antígeno también se detecta por el anticuerpo monoclonal MIB-1. Altos niveles de Ki67 y la caída de estos durante la hormonoterapia se ha asociado a mayores tasas de respuesta patológica completa (RPC). En la práctica clínica debemos considerar que la presencia de <10% o >20% de células con positividad nuclear, nos va a separar los tumores con baja y alta actividad proliferativa. Otro grupo, concluye que Ki67 se comporta como un factor pronóstico en cáncer de mama ya que niveles elevados de expresión se asocian a un peor pronóstico y a una supervivencia libre de progresión más pobre, y como factor predictivo de respuesta a tratamiento hormonal adyuvante <sup>(66)</sup>. Así, la determinación de los niveles de

expresión de Ki67 puede ayudar a seleccionar a aquellas pacientes que de entrada se pueden beneficiar de un tratamiento adyuvante específico <sup>(67)</sup>.

### **p53**

El gen supresor tumoral o antioncogen p53 está localizado en el cromosoma humano 17p13 y codifica una 393-fosfoproteína nuclear aminoácida que interviene en el control del ciclo celular, especialmente en el paso de G0 (en reposo) a G1 (en proliferación activa), como mediadora de la diferenciación, de la reparación del DNA y de la apoptosis. Este gen se activa cuando la célula sufre daños en su DNA o cuando es sometida a estrés celular, por eso se le ha llamado «guardián del genoma». Además se ha observado que existe asociación significativa con el período libre de enfermedad y predice la respuesta tumoral al tamoxifeno <sup>(68-70)</sup>. Aún así, en un estudio reciente se contradicen estos resultados y parece que p53 no tendría impacto en la mortalidad ni supervivencia cuando se consideraba el estatus hormonal de la paciente <sup>(71)</sup>.

### **1.5.2 Clasificación TNM**

Este sistema de estadificación del American Joint Committee on Cancer (AJCC) proporciona una estrategia para agrupar a las pacientes según el pronóstico. Las decisiones terapéuticas se formulan, en parte, de acuerdo con categorías de estadificación pero, principalmente, de acuerdo con el tamaño del tumor, el estado de los ganglios linfáticos, los índices de los receptores de estrógeno y progesterona en el tejido tumoral, el estado del receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 (HER2/neu), el estado menopáusico y la salud general de la paciente.

El AJCC designó los estadios mediante la estadificación TNM <sup>(72)</sup>. Este sistema se modificó en 2002 y clasifica algunas categorías ganglionares que previamente se consideraba que correspondían al estadio II como estadio III <sup>(73)</sup>. Como resultado del fenómeno de migración de estadio, la supervivencia por estadio para series de casos clasificados con el nuevo sistema parecerá superior a aquella en la que se usa el sistema antiguo <sup>(74)</sup>. Se incluyen las tablas de clasificación TNM en Anexo B.



## 1.6 Impacto de la enfermedad. Apoyo psicológico

Es normal que esta enfermedad genere una verdadera preocupación en la sociedad, bien por padecimiento de la propia persona, por sufrimiento de un ser querido, o bien por miedo a que la enfermedad les afecte personalmente o afecte a alguien dentro de su entorno.

*“El cáncer de mama, uno de los tumores en el que más difícil es adaptarse a la enfermedad”*

El miedo generado conlleva a reacciones diversas; algunas personas piensan el modo de afrontar la enfermedad, otras no aceptan el hecho de enfermar, por ello la necesidad de un periodo de aceptación en caso de enfermedad; el tercer grupo lo componen algunas personas que prefieren no acudir al profesional sanitario por miedo a que se les detecte algún síntoma que se traduciría en enfermedad, simplemente prefieren no saberlo, pero en cambio, viven con una sospecha continua en referencia a su estado de salud.

La relevancia que está adquiriendo el apoyo psicológico en la enfermedad neoplásica en general y en el cáncer en particular, es un reflejo de la necesidad que tienen las personas que lo padecen de recibir una atención sanitaria que trascienda los aspectos biológicos y médicos y que recoja el impacto emocional que entraña un diagnóstico de estas características y las dificultades de adaptación que conlleva su tratamiento. El hecho de tener que convivir con esta patología o, en algunos casos, la cercanía de la muerte y la preparación para este desenlace, produce una situación en la que el apoyo psicológico se convierte en una herramienta que favorece un mayor bienestar emocional y una mayor calidad de vida <sup>(75)</sup>. La vertiente psicológica es uno de los aspectos que se tienen cada vez más en cuenta en la atención de los pacientes de cáncer frente a la tendencia a centrarse en la atención clínica del tumor y su tratamiento. Y entre todos los tumores, el de mama se encuentra en cabeza. “Es el tumor en el que más difícil es adaptarse a la enfermedad y el que más problemas provoca en el ambiente familiar” <sup>(76)</sup>.

## 1.7 La calidad de los pensamientos incide sobre la salud y el bienestar emocional

La interacción entre las emociones y el funcionamiento físico del organismo es cada vez más clara, esto es debido a que cada vez es más evidente que el funcionamiento del sistema nervioso central, el sistema inmunitario y el sistema endocrino están entrelazados<sup>(77)</sup>. El pensamiento y las emociones influyen en la salud, cada pensamiento y emoción que experimentamos desencadenan ondas magnéticas y eléctricas que recorren nuestro organismo, llegando a incidir en los átomos y moléculas celulares.

Por estas razones, la calidad de nuestros pensamientos y emociones repercute inmediatamente en las células. Podemos decir que nuestro cuerpo es el “espejo del alma”. Existe una teoría que relaciona los sentimientos con ciertos órganos. Parece evidente que existe una estrecha relación entre nuestra vida emocional y la calidad de nuestros pensamientos. Ciertas emociones que se originan en nuestro pensamiento repercuten en determinados órganos y glándulas del cuerpo, que segregan unas determinadas hormonas en el torrente sanguíneo. Estas hormonas, a su vez, inciden en nuestro estado de ánimo. Por lo tanto, nuestros pensamientos y emociones, cuya calidad podemos determinar, influyen de manera decisiva sobre nuestro estado de salud. Si somos capaces de aprender a aprovechar consciente y adecuadamente estas capacidades se podrían cambiar nuestras circunstancias personales. La única herramienta necesaria para esta transformación se encuentra en nuestro interior<sup>(78)</sup>.

*“Nuestro cuerpo es el espejo del alma”*

# 2

## Marco teórico

---

### 2.1 Crecimiento postraumático

Generalmente asociamos una situación traumática con el dolor y las duras secuelas que pueden dejar en las personas, pero los últimos estudios nos hablan de un nuevo concepto que rompe por completo la tradición negativista del trauma: el crecimiento postraumático, un término que revoluciona nuestra percepción de la crisis y de los acontecimientos traumáticos.

#### 2.1.1 Sentido del trauma. Historia

Durante las últimas décadas se ha infravalorado la capacidad del ser humano para responder ante el trauma, se le ha venido considerando como un individuo vulnerable ante la adversidad. Tradicionalmente se ha focalizado la atención en los efectos patológicos de la experiencia traumática, asumiendo una visión pesimista de la naturaleza humana, contribuyendo así al desarrollo de la “cultura de la victimología” que ha sesgado la investigación y la teoría psicológica <sup>(79)</sup>, esto ha favorecido la idea de que un trauma siempre lleva un daño grave y que por lo tanto el daño siempre refleja la existencia de un trauma.

Actualmente se está produciendo un cambio de tendencia y están surgiendo otras formas de entender y conceptualizar el trauma, considerando a la persona como un individuo activo y fuerte, capaz de resistir y rehacerse a pesar de las diferentes adversidades con las que se encuentre. El significado que adquiere el crecimiento postraumático es el de un cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a

partir de la vivencia de un suceso traumático <sup>(80)</sup>. Tras el nacimiento de la psicología positiva en 1998 se multiplican los estudios sobre el potencial de cambio positivo que puede existir tras una crisis o situación traumática.

El término “crecimiento postraumático” se acuña por primera vez a mediados de los noventa por dos investigadores clínicos pioneros, Richard Tedeschi y Calhoun Lawrence de la Universidad de Carolina del Norte, quienes desarrollarían el Inventario de Crecimiento Postraumático, el PTGI <sup>(79)</sup>.

El individuo no solo sobrevive y resiste, sino que la experiencia opera en él un cambio positivo que le lleva a una situación mejor a la que se encontraba antes de ocurrir el suceso. Aunque es un fenómeno usual, no todas las personas que pasan por una experiencia traumática encuentran beneficio y crecimiento personal en ella <sup>(80)</sup>. Esta idea aparece ya reflejada en la psicología existencial de mano de autores clásicos como Frankl, Maslow, Rogers.

*“Lo que no nos mata,  
nos hace más  
fuertes”.*

Los primeros estudios se realizaron a través de preguntas abiertas y encontraron cómo el 53% de las mujeres con cáncer de mama experimentaban cambios positivos en sus vidas tras el diagnóstico. En estudios más recientes hallaron que el 83% de las pacientes con cáncer de mama identificaron algunos aspectos beneficiosos en sus vidas <sup>(81)</sup>.

Hay diferentes líneas de conocimiento que indican que el crecimiento postraumático (PTG como se le denomina en bibliografía anglosajona) no es sólo una ilusión, una de ellas se basa en la observación del crecimiento por personas significativas <sup>(82)</sup>. Además, los estudios con población control han podido esclarecer que el PTG de personas adultas sanas es menor que el que experimentan las personas con cáncer y que el PTG no es sólo la tendencia natural humana de describir cambios positivos vitales a lo largo del tiempo. Por último los estudios demuestran que el PTG no es un indicador de evitación en personas con cáncer, si sólo fuera un mecanismo defensivo no podría demostrarse que el crecimiento postraumático se incrementa conforme pasa el tiempo <sup>(79)</sup>.

### 2.1.2 Definición de crecimiento postraumático

El crecimiento postraumático es el cambio psicológico positivo experimentado como resultado de la lucha frente a las circunstancias de la vida altamente desafiantes<sup>(83)</sup>. Un cambio vital en donde la persona (una vez pasado el proceso de duelo necesario) no retorna a la línea base previa al acontecimiento traumático, sino que experimenta una mejora personal que en ocasiones es profundamente significativa.

Ante circunstancias altamente aversivas e inmodificables como el diagnóstico de un cáncer, el ser humano es capaz de generar una respuesta de crecimiento o maduración personal que no niega la vivencia del sufrimiento, o las adversidades que siguen al diagnóstico del cáncer sino que lo intentan integrar dando un significado y sentido a su aparición. Varios términos han sido utilizados para denominar la percepción de cambio en sentido positivo tras un acontecimiento traumático: beneficio percibido (benefit finding)<sup>(84)</sup>, crecimiento postraumático (posttraumatic growth)<sup>(85)</sup> o crecimiento relacionado con el estrés (stress-related growth)<sup>(86)</sup>.

Según Tedeschi y Calhoun, el crecimiento postraumático incluye aspectos como una mejoría de las relaciones interpersonales, una mayor apreciación de la vida, el sentido de un aumento de la fuerza personal, una mayor espiritualidad, y los cambios positivos en las prioridades de la vida o metas<sup>(79)</sup>.

Además el crecimiento postraumático se refiere a un cambio en las personas que va más allá de la capacidad de resistir y no ser dañado por circunstancias muy estresantes (una diferencia fundamental con la resiliencia) sino que implica una mejoría de los niveles de pre-trauma de la adaptación<sup>(83)</sup>.

Tedeschi y Calhoun<sup>(85)</sup> describen un modelo que explica el proceso de crecimiento postraumático y la identificación de los factores implicados. Un evento traumático induce una crisis existencial que desencadena un proceso de “rumiación constructiva” asociado a la búsqueda de significado en medio de una gran incertidumbre y percepción de vulnerabilidad, es un proceso reparador, una reestructuración cognitiva que ayuda a encontrar una explicación a lo ocurrido<sup>(79)</sup>. La respuesta de crecimiento puede ser entendida como el resultado del proceso de atribuir significado a un evento estresante<sup>(86)</sup>. Los beneficios percibidos tras un evento traumático están referidos a los cambios en la percepción de uno

mismo, la relación con los demás y filosofía de la vida y surgen de los esfuerzos para afrontar el evento traumático <sup>(87)</sup>.

Tanto el procesamiento cognitivo como el estilo de afrontamiento contribuyen a la ocurrencia del crecimiento asociado a experiencias estresantes <sup>(86)</sup> aunque también deben considerarse las aportaciones de otros factores como rasgos de personalidad o aspectos socio-culturales <sup>(88)</sup>.

Varios estudios con pacientes oncológicos señalan que las puntuaciones en crecimiento postraumático son significativamente más elevadas en mujeres con cáncer de mama que en una muestra de mujeres sin la enfermedad oncológica <sup>(89, 90)</sup>. Otros estudios también señalan a la actividad cognitiva y apoyo social percibido como favorecedores del crecimiento postraumático <sup>(82, 90-94)</sup>.

Un estilo activo de afrontamiento, como la respuesta de búsqueda de información o espíritu de lucha, favorece la búsqueda de significado ante el diagnóstico del cáncer <sup>(90, 95, 96)</sup>.

### **2.1.3 Factores favorecedores del crecimiento postraumático**

Existen una serie de elementos que ayudan y predicen un futuro crecimiento postraumático tras una situación crítica, factores que nos ayudan a comprender mejor como trabajar e incluso predisponer situaciones favorables tras una situación traumática.

Para que haya un crecimiento postraumático es fundamental que la persona interprete el suceso como un **reto significativo** (a nivel adaptativo) y que se plantee importantes desafíos en su visión del mundo y su lugar en él.

También se ha demostrado que la **espiritualidad** correlaciona altamente con el crecimiento postraumático y de hecho muchas de las creencias más profundamente espirituales experimentadas son el resultado de la exposición al trauma.

El **apoyo social** ya estaba bien documentado como amortiguador a la enfermedad mental y la respuesta al estrés, en cuanto al crecimiento postraumático, un alto nivel de apoyo social previa a la exposición está asociada con un mayor crecimiento.

Dos características de la personalidad que puedan afectar a la probabilidad de que las personas puedan hacer un uso positivo de los acontecimientos traumáticos incluyen la **extraversión** y la **apertura a la experiencia**.

Además, las personas **optimistas** son más capaces de centrar la atención y los recursos en los asuntos más importantes dejando de lado aquellos problemas incontrolables o imposibles de resolver.

La **capacidad de llorar** y **aceptar** gradualmente el trauma también aumenta la probabilidad de crecimiento.

También son más proclives al crecimiento aquellas personas con apoyos que les ayuden a **elaborar narraciones** acerca de los cambios que se han producido y les ofrezcan nuevas perspectivas. Un elemento importante porque obliga a los supervivientes a enfrentarse a cuestiones de significado y a cómo pueden reelaborar las respuestas a estas preguntas.

En este sentido, un cierto **éxito al comienzo** del proceso de **aceptación** de lo ocurrido puede ser un precursor de crecimiento postraumático.

Finalmente, la decisión de **buscar activamente** el crecimiento postraumático (y confiar en el cambio) puede ayudar a superar la adversidad y seguir adelante.

#### 2.1.4 Beneficios del crecimiento postraumático

El crecimiento postraumático no es un concepto intangible, los resultados observados en las personas que lo han experimentado incluyen una serie de cambios psicológicos positivos que podrían integrarse en 5 categorías:

- Se genera un nuevo enfoque vital que dirige la atención a las **nuevas oportunidades** que aparecen en sus vidas tras el evento traumático.
- Además muchos sujetos descubren un vínculo especial con determinadas personas provocando que las **buenas relaciones** se fortalezcan, algo que se refleja en cómo las personas hablan de "averiguar quiénes son sus verdaderos amigos" después de haber experimentado un trauma.

- En tercer lugar encontramos **un sentido reforzado de resiliencia** ("lo que no mata me hace más fuerte"). Estas personas se sienten más fuertes al descubrir habilidades y fortalezas ocultas, lo que cambia el concepto de sí mismo y de las personas y les da confianza para afrontar nuevos retos ("si puedo sobrevivir a esto puedo sobrevivir a cualquier cosa").
- A nivel cognitivo se construye una mayor y más completa **apreciación de la vida** en general. Las prioridades vitales y filosofías se transforman y se centran, por ejemplo, en vivir el momento o dar prioridad a lo realmente importante en la vida.
- Finalmente la quinta categoría es el **desarrollo trascendental** de la persona, que siente un compromiso espiritual más profundo de su vida, incluso si este compromiso implica un cambio significativo en su conjunto de creencias y valores <sup>(83)</sup>.

### 2.1.5 Modelos de crecimiento postraumático

Varias teorías han sugerido modelos que explican cómo las personas llegan a experimentar o informar crecimiento <sup>(97-101)</sup>. Antes de que el crecimiento fuera ampliamente estudiado, Janoff-Bulman (1989) <sup>(102)</sup> sugirió que los sucesos traumáticos afectaban a las creencias de las personas sobre el mundo. En otras palabras, tras el trauma, las personas se enfrentan a una gran ruptura cognitiva y así, o bien asimilan su experiencia, o bien cambian (acomodan) sus esquemas básicos sobre sí mismos y su mundo.

Más tarde, Janoff-Bulman (2004) <sup>(99)</sup> propone tres modelos de crecimiento aunque no son excluyentes entre sí: fortalecerse a través del sufrimiento, la preparación psicológica y la reevaluación existencial.

En primer lugar, fortalecerse a través del sufrimiento viene a responder al lema "quien no pierde no gana". Tras el trauma, las personas pueden llegar a ser conscientes de sus fortalezas previamente desapercibidas y desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento que les ayuden a encontrar nuevas posibilidades en la vida.



En segundo lugar, similar a una vacuna en la medicina, la respuesta ante el trauma prepara psicológicamente a los supervivientes para hacerse más resistentes a posteriores sucesos estresantes. A través del proceso de reconstrucción de sus creencias sobre el mundo, los supervivientes reconocen la posibilidad de futuros infortunios. El reconocimiento de esta vulnerabilidad los prepara psicológicamente.

En tercer lugar, la reevaluación existencial se relaciona con el proceso de creación de significado al afrontar un trauma. A raíz de los acontecimientos estresantes, el mundo puede parecer sin sentido y malévol, sin embargo, las personas pueden reducir al mínimo esas percepciones negativas (de mundo sin sentido, injusto o malévol) y dar sentido a los acontecimientos.

Basándose en el modelo de Janoff-Bulman, Tedeschi y Calhoun<sup>(103)</sup> postulaban que no eran las características del evento en sí mismo, sino la lucha cognitiva por recomponer las creencias básicas pre-trauma sobre uno mismo, los demás y el mundo lo que conducía al crecimiento. Aunque su modelo es bastante completo, el modelo de Tedeschi y Calhoun se centra principalmente en el “proceso cognitivo”, subrayando que existen diferentes tipos de rumiación tales como la automática/intrusiva vs. la deliberada/reflexiva/constructiva<sup>(97)</sup>. Los pensamientos intrusivos que ocurren inmediatamente después del trauma están más estrechamente asociada con el malestar emocional. Este malestar mueve a la gente hacia formas más deliberadas de rumiación en un esfuerzo por entender el significado del suceso y reconstruir sus creencias rotas. Además de este proceso cognitivo, Calhoun et al. (2010)<sup>(97)</sup> sugieren en su modelo más reciente que otros factores son también determinantes del crecimiento, como los ambientales, la descripción de las preocupaciones, la reacción de los otros a esas descripciones, el contexto sociocultural, las disposiciones personales, y el grado en que los eventos permiten o suprimen los procesos mencionados.

La teoría de Joseph y Linley (*Organismic Valuing Theory*, 2005)<sup>(98)</sup> sugiere otro modelo basado en la teoría de las creencias básicas. Del mismo modo, estos autores describen el crecimiento como el resultado de la resolución de las creencias básicas retadas, pero señalan como un aspecto importante el que los seres humanos están motivados intrínsecamente para avanzar hacia el crecimiento. Por lo tanto, de acuerdo con Joseph y Linley, el crecimiento tras las experiencias altamente estresantes es una tendencia natural e innata de los seres

humanos. Además, los síntomas estrés postraumático se integran en su modelo de crecimiento proponiendo que a mayor discrepancia entre las creencias básicas pre y post trauma mayor potencial tanto para los síntomas de estrés postraumático como para el crecimiento.

Recientemente, Joseph et al. (2012)<sup>(98)</sup> han modificado su teoría sugiriendo un modelo de procesamiento afectivo-cognitivo en el que el crecimiento puede ocurrir a través de la cognición sobre el evento (“traumático”), los mecanismos de evaluación (p.e., la rumiación), los estados emocionales (p.e., afecto positivo y negativo), y las estrategias de afrontamiento (p.e., centrado en la tarea, centrado en la emoción o la evitación).

*“El crecimiento tras las experiencias altamente estresantes es una tendencia natural e innata de los seres humanos”.*

El cambio desde la rumiación intrusiva a la rumiación reflexiva depende del estado emocional y de las estrategias de afrontamiento. Estas cogniciones, evaluaciones, estados emocionales y estrategias de afrontamiento se realizarán mediante un proceso cíclico repetitivo hasta que la persona encuentre un sentido a su experiencia y se resuelva la discrepancia entre las creencias básicas pretrauma y la información posterior al trauma. La profundidad y velocidad de este procesamiento dependerá de los factores de personalidad, psicológicos y sociales. Esta discrepancia se puede resolver a través de asimilación (p.e., conservando sus creencias preexistentes) o a través de procesos de acomodación (p.e., las creencias previas se ha modificado a la luz de la nueva información relacionada con el trauma). La asimilación es considerada una reacción defensiva en que la persona ha activado una negación de la nueva información relacionada con el trauma y que posiblemente le sitúa en peligro si existen futuros sucesos traumáticos. La acomodación puede ser positiva (p.e., “encuentro una mayor apreciación de la vida”) o negativa (p.e. “el mundo es un lugar peligroso donde no se puede confiar”). Los cambios negativos también se pueden reinterpretar desde una perspectiva positiva.

Por su parte, Park (2010)<sup>(101)</sup> sugirió un modelo integrado sobre la búsqueda de sentido/significado en el contexto de estrés. Este modelo propone que los eventos estresantes vulneran el sentido vital e inician un proceso de búsqueda de sentido. En este modelo se clasifica el significado en dos tipos: significado global (un sistema de orientación general, que incluye las creencias, objetivos y

la sensación subjetiva de sentido) y significado situacional (es decir, el significado de una situación específica).

El proceso de búsqueda de sentido se pone en marcha cuando hay discrepancias entre sentido global y situacional, y como resultado de este proceso, se encuentra un sentido. Por ejemplo, las personas típicamente creen que sus vidas son predecibles, ordenadas y significativas y el mundo es coherente y justo (Janoff-Bulman, 1989) <sup>(102)</sup>. La vivencia de un evento altamente estresante como el diagnóstico de una enfermedad seria a menudo vulnera estas creencias. Este proceso dirigido a reducir esta discrepancia conlleva tanto esfuerzos deliberados de afrontamiento para entender la situación desde una nueva perspectiva como las reinterpretaciones positivas o la aceptación de la situación, como procesos automáticos e inconscientes, tales como los pensamientos intrusivos (Park y George, 2013) <sup>(104)</sup>. Este proceso de integración lleva a mejores resultados de ajuste, especialmente cuando finalmente se encuentra o se crea ese sentido. Este “sentido encontrado” incluye las percepciones de crecimiento y los cambios de vida positivos. Aunque este modelo no está centrado exclusivamente en el crecimiento, esta teoría refleja otro modelo sobre cambios positivos tras el trauma.

Conviene señalar que varias teorías sugieren que el crecimiento informado tras el trauma no necesariamente refleja cambios reales. Por ejemplo, Taylor (1983) <sup>(105)</sup> desarrolló un modelo de adaptación cognitiva en el que señalaba que los cambios positivos tras el trauma son temporales, ilusiones auto-servientes para aliviar el estrés. Zoellner y Maercker (2006) <sup>(100)</sup> también señalaron que Tedeschi y Calhoun se centraba sólo en el aspecto constructivo, pero probablemente también hay un lado ilusorio, que podría tener que ver con la negación o la evitación, como Taylor (1983) <sup>(105)</sup> sugirió. Por eso, es importante diferenciar crecimiento real vs crecimiento informado y generar estrategias de medida para capturar el crecimiento al margen del informe subjetivo del individuo.

### 2.1.6 Crecimiento postraumático y cáncer de mama

Las enfermedades graves como el cáncer constituyen una experiencia potencialmente traumática generadora de elevado malestar emocional y sintomatología postraumática para los que la padecen <sup>(106)</sup>. La experiencia de la en-

fermedad crónica consiste en una cadena de sucesos que se inicia con el diagnóstico de la enfermedad y que se extiende a lo largo de todo el tratamiento médico, terapias, rehabilitación o incluso en los seguimientos en el periodo de supervivencia oncológica, no quedando totalmente delimitado el momento en el que el riesgo de amenaza finaliza. Por ejemplo, es importante recordar que a pesar de los grandes avances en el tratamiento, el cáncer sigue estando considerado como la enfermedad incurable asociada a muerte daño y desfiguración por excelencia. Esta idea es compartida por el entorno del individuo afectado y por buena parte del personal sanitario que le atiende, del mismo modo que lo es la mitificación de la enfermedad y su asociación inmediata con la muerte. Ya Holland en 1979 (Gili y Roca, 1996) <sup>(107)</sup> recoge tales reacciones bajo el epígrafe de las "6D": Death, Dependency, Disfigurement, Disability, Disruption y Discomfort.

Es frecuente observar cambios vitales positivos en supervivientes de cáncer. El primero en describir estos procesos en pacientes con cáncer fue Taylor (1983) <sup>(105)</sup> que al preguntar a los participante acerca de si su vida había cambiado desde que conocían su enfermedad el 70% contestaron afirmativamente, de los cuales un 60% consideraron que dicho cambio había sido positivo y en la mayoría de los casos los pacientes informaron de haber aprendido a tomarse la vida más fácilmente y disfrutar más de ella.

Si bien es cierto que el estudio del BF (beneficio percibido) ha recibido reciente atención en el ámbito de la psico-oncología, la mayoría de trabajos se han centrado en pacientes afectas de cáncer de mama <sup>(84, 92, 108-111)</sup>. Los resultados de dichos trabajos han mostrado que la mayoría de supervivientes manifiestan consecuencias positivas como por ejemplo: el desarrollo de vínculos más estrechos con familiares y/o amigos, un acercamiento o mayor sensibilidad hacia aspectos religiosos y/o espirituales, así como una visión de la vida más positiva.

En la misma línea, el estudio de Córdova y colaboradores <sup>(89)</sup> encontraron que las supervivientes de cáncer de mama manifestaban mejorías significativas en sus relaciones sociales así como mayor apreciación de la vida y mayor vida espiritual, en comparación con un grupo control de mujeres sanas.

Además, varios estudios con pacientes de cáncer de mama han demostrado que la participación en un grupo de intervención psicosocial, diseñado para

reducir el estrés y mejorar la calidad de vida, conducía a un incremento en el beneficio percibido a raíz de la experiencia oncológica vivida <sup>(112-114)</sup>.

En un estudio más reciente, se concluye que los cambios positivos son muy frecuentes, observándose en el 50-90% de los pacientes con cáncer de mama <sup>(115)</sup>.

## **2.2 Tipos de apoyo o soporte y terapias psicológicas aplicadas**

El objetivo básico de los tratamientos psicológicos en una situación de enfermedad grave como el cáncer de mama debe ser el mantenimiento del bienestar psicológico.

Las mujeres con cáncer de mama al igual que otros pacientes oncológicos necesitan tres tipos de soporte o apoyo para conseguir una buena adaptación a la enfermedad: apoyo emocional, apoyo informacional-educacional y apoyo instrumental. Estos tipos de apoyo determinan y fundamentan los diferentes tipos de terapias a aplicar.

### **2.2.1 Apoyo emocional**

Se refiere fundamentalmente a la pertenencia a un grupo y a todas las demostraciones de amor y cariño. Implica el poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad. Contribuye a mejorar o restablecer la autoestima, a reducir los niveles de malestar emocional mediante la expresión de sentimientos y a mejorar las relaciones interpersonales. Puede ser proporcionado por la familia, amigos, profesionales de la salud o por otras personas que han pasado por la misma experiencia.

Entre las intervenciones que proporcionan soporte social-emocional podemos encontrar las charlas o encuentros y los grupos de apoyo.

#### **Charlas o Encuentros**

---

Es un tipo de intervención que se mantiene con personas que han sobrevivido al cáncer de mama consistente en un encuentro individual entre una o

más personas que han sobrevivido al cáncer y personas recientemente diagnosticadas. Los veteranos ayudan escuchando las preocupaciones, animando, compartiendo sentimientos, aconsejando sobre cómo afrontar el cáncer y sus tratamientos. En general pueden proporcionar confort y empatía pues ayudan a que los pacientes acepten sus sentimientos ya que ellos han pasado por lo mismo. También fomentan el optimismo al demostrar con su presencia que las personas pueden curarse y ayudan a aumentar la autoestima.

Aunque aconsejan cómo afrontar el cáncer en base a su experiencia propia, el apoyo que proporciona es más emocional que educacional, pues la información que dan no es tan especializada como la que pueden proporcionar los profesionales. El tiempo que dura este apoyo es variable, pudiendo ser una única charla puntual o bien encuentros semanales, quincenales o mensuales durante el tiempo que la persona lo necesite.

## **Grupos de Apoyo**

---

En este tipo de intervenciones se comparten experiencias con personas que padecen la misma enfermedad, pudiendo adoptar dos maneras: grupos de autoayuda no conducidos por un profesional o grupos conducidos por un profesional.

Los **Grupos de Autoayuda** son grupos formados por pacientes, tanto recién diagnosticados como ya recuperados, y no conducidos por un profesional. Se basan en el apoyo mutuo y en la igualdad de los miembros del grupo evitando las jerarquías. Los resultados de los diferentes estudios indican que los beneficios y las mejoras se deben a los siguientes factores: poder conectar con otras personas con preocupaciones similares, compartir experiencias en un contexto que la paciente entiende, poder reír en grupo, obtener esperanza al conocer a otras personas que han sobrevivido, obtener y compartir información complementaria, aumentar la asertividad y autoeficacia por imitación de otras personas, mejorar la comunicación con la familia, y, finalmente, aumentar la participación social y en la comunidad <sup>(116, 117)</sup>.

Los **Grupos** son dirigidos por un líder que normalmente es un profesional de la salud <sup>(118, 119)</sup>. Se basan en la guía de un líder y en la intervención. El apoyo recibido también es emocional <sup>(117, 120-126)</sup>. En el grupo se busca el

apoyo de otros miembros que padecen la misma enfermedad, se comentan preocupaciones comunes y se toma ejemplo de diferentes maneras de superarlas. Especialmente se potencia en estos grupos la expresión de emociones y el compartir experiencias con otras personas. La duración total del grupo y de las sesiones, así como la periodicidad de los encuentros o el número de miembros de cada grupo es variable.

### **2.2.2 Apoyo informacional-educacional**

Este tipo de apoyo se refiere a poder obtener la información relevante y necesaria respecto a la enfermedad, su tratamiento y a la manera de hacerle frente, tanto a nivel físico como psicológico. Existe dificultad para explicar con claridad a los pacientes con cancer de mama en qué consiste la enfermedad y sus tratamientos. Normalmente no se dan grandes explicaciones y los pacientes no preguntan. Se ha demostrado que una comunicación clara y completa sobre la enfermedad y sus tratamientos ayudan al paciente pues al aumentar su conocimiento se reduce su confusión y disminuye la ansiedad. La información adecuada y completa sobre la enfermedad y sus tratamientos ayuda al paciente pues al aumentar su conocimiento se reduce su confusión y disminuye la ansiedad porque aumenta los recursos de afrontamiento del sujeto. La información y estrategias terapéuticas que reduzcan la ansiedad contribuirían también a reducir los síntomas físicos. Finalmente, tener más información contribuye a reducir los niveles de alteración emocional y en pacientes recién diagnosticados proporciona juicio de control <sup>(127)</sup>, pues ayuda a atenuar la ansiedad ante estímulos poco familiares e imprevisibles. En este sentido, aumentar la predecibilidad aumenta también el juicio de control y el optimismo ante el futuro y reduce sentimientos de vulnerabilidad. Este tipo de apoyo es efectivo si es proporcionado por profesionales.

Entre las intervenciones que proporcionan apoyo informativo-educacional podemos encontrar:

#### **Terapias informativo-educacionales**

---

Estos programas contienen dos elementos básicos, la información técnica sobre la enfermedad y sus tratamientos o *Intervención Informacional* y la

educación en el afrontamiento y control de emociones o *Intervención Educativa*.

- La *Intervención Informativa* consiste en proporcionar información médica <sup>(119)</sup> con el objetivo de reducir el sentimiento de indefensión e inadecuación debido a la incertidumbre y a la poca información. Se intenta desplazar los sentimientos de desamparo, impotencia, incapacidad e inutilidad por los sentimientos de dominio y control. Se puede hacer dando folletos informativos completos o charlas especiales efectuadas por personal profesional sobre los tratamientos y sus efectos.
- La *Intervención Educativa* o terapias educativas enfatizan los aspectos educacionales y proporcionan terapias pensadas para enseñar maneras de afrontar la enfermedad y sus tratamientos. Se basan en el entrenamiento cognitivo-conductual que incluye el aprendizaje y práctica de las estrategias de afrontamiento para cambiar pensamientos y comportamientos, y la reducción del estrés y las complicaciones físicas de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia <sup>(119, 128, 129)</sup>. Son programas de tratamiento que combinan diferentes técnicas como relajación muscular progresiva, autohipnosis, respiración profunda, meditación, “biofeedback”, relajación pasiva, visualización, imaginación guiada, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, solución de problemas, manejo de la agresividad, aumento de la autoestima, pautas de ejercicio y dieta, indicaciones sobre la sexualidad, etc. Con programas cognitivo-conductuales se reducen los niveles de ansiedad y depresión, aumentan los sentimientos de control y se facilita la participación activa en los tratamientos <sup>(118, 128, 130-135)</sup>.

Las *Terapias informativo-educacionales* pueden adoptar el formato de grupo o el individual <sup>(135, 136)</sup>. Los grupos estarán formados por personas con la misma enfermedad y liderados por un profesional de la salud que proporciona la información acerca del cáncer, sus tratamientos y cómo manejarlos. Cuando se hace en grupo se añade además el beneficio del apoyo social-emocional <sup>(137-139)</sup>. La ventaja del abordaje individual respecto al grupal es la de poder centrarse en aspectos específicos de cada paciente, asegurando que se prestará atención a



todo aquello que realmente necesite la persona <sup>(132)</sup> ya que, aunque algunos de estos programas pueden tener una duración estándar, a nivel individual se puede aumentar el número de visitas en los casos en que los pacientes lo requieran.

Una modalidad especial del tratamiento individual puede ser el “counseling” telefónico, pensado para aquellos en que a la persona le es difícil acudir al centro sanitario o quiere guardar su anonimato <sup>(128, 140)</sup>.

En conclusión, las intervenciones informativo-educacionales facilitan la adaptación a la enfermedad porque ayudan a aumentar el juicio de control, en cuanto que proporcionan información acerca de la causa, curso y tratamiento de la enfermedad y proporcionan estrategias para hacerle frente. Sirven para encontrar significado a la experiencia y también aumentan la autoestima ya que se enseña cómo hacer frente a las alteraciones de la imagen corporal que de manera temporal o permanente puede causar la enfermedad. Y por último y de manera indirecta aumentan el optimismo ante el futuro y favorecen la esperanza. Cuando el tratamiento se hace en grupo, al mismo tiempo también se está recibiendo apoyo emocional <sup>(125)</sup>.

### **Psicoterapia no cognitivo-conductual: terapia psicodinámica, existencial, de apoyo o de “counseling” general**

---

Pueden ser grupales o individuales, incluyendo el soporte social de los profesionales. Se centran en la enfermedad y variarán dependiendo de la fase de la enfermedad en que se encuentren las pacientes <sup>(119, 128, 131)</sup>. Así, por ejemplo, la terapia existencial especialmente se plantea para pacientes que presentan una enfermedad avanzada y se centra en dar una explicación al cáncer, enfrentar la muerte y responsabilizarse de la vida <sup>(133)</sup>.

### **Psicoterapia de pareja**

---

Encaminada a tratar trastornos sexuales, alteraciones de la imagen corporal y conflictos de comunicación de pareja <sup>(131)</sup>. Las terapias de apoyo a la pareja también ayudan a afrontar mejor todo el proceso de la enfermedad <sup>(141)</sup>.

## **Psicoterapia familiar**

---

Se emplea para identificar el rol del paciente en la familia, la dinámica familiar y los miembros problemáticos de la misma, con el objeto de restablecer el equilibrio familiar en la medida de lo posible <sup>(131)</sup>.

### **2.2.3 Apoyo instrumental**

Este tipo de apoyo se refiere a acciones y/o apoyos materiales que otras personas proporcionan a la paciente para que su funcionamiento sea lo más normal posible. Algunos ejemplos son el transporte para ir al hospital y las ayudas económicas para la asistencia a domicilio. Este tipo de apoyo ayuda a recuperar el juicio de control proporcionando recursos tangibles que sirven para controlar mejor la situación estresante. Puede también, no obstante, aumentar los sentimientos de dependencia. Es el menos efectivo de los tres tipos de apoyo, aunque es especialmente útil en casos avanzados o de mal pronóstico, donde hay una incapacidad física o dificultades concretas <sup>(125)</sup>.

## **2.3 Acontecimientos vitales estresantes**

Se entiende por acontecimientos vitales estresantes aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por estos como indeseables <sup>(142)</sup>. A lo largo de la vida los seres humanos atraviesan por distintas épocas (niñez, adolescencia, juventud, etc.) en las que les ocurren acontecimientos que recuerdan como decisivos. Así la muerte de familiares, las buenas o malas experiencias académicas, los cambios de residencia, etc, son aspectos importantes para las personas y que pueden influir en sus comportamientos posteriores con otros o en la forma en que afrontan determinadas situaciones.

El estudio de Holmes y Rahe sobre acontecimientos vitales estresantes (1967) sirvió para cuantificar el estrés psicológico experimentado por una persona adulta durante un periodo de tiempo y ha sido reconocido como uno de los más influyentes en psicología. Se realizó a través de la Escala de Reajuste Social (SRRS, por sus siglas en inglés) que ha sido ampliamente utilizada para averiguar la relación entre el estrés psicológico y la enfermedad <sup>(143)</sup>. La SRRS lista

43 eventos vitales que comúnmente experimentan las personas adultas y que requieren un reajuste. Para cuantificar el grado de reajuste necesario al experimentar los sucesos Holmes y Rahe (1967) pidieron a jueces asignar puntajes a cada evento, utilizando como punto de referencia el matrimonio cuyo valor arbitrario fue de 500 puntos. Al promedio de los puntajes asignados por los jueces le llamaron Unidad de Cambio de Vida (LCU, por sus siglas en inglés). En múltiples investigaciones se ha reportado que la acumulación de puntajes LCU predice la aparición o el agravamiento de una enfermedad <sup>(144-148)</sup>.

Los eventos estresantes de la vida pueden tener un impacto sustancial en aquellos que los experimentan. Para algunos, la experiencia con un acontecimiento vital traumático puede dejarlos confundidos, retraídos, deprimidos y cada vez más vulnerables a la siguiente situación estresante que surge. La literatura clínica, por ejemplo, ha encontrado diversos acontecimientos vitales estresantes para ser factores de riesgo para la depresión, la ansiedad, y en casos extremos, trastorno de estrés postraumático (TSP). Sin embargo, para otras personas, una experiencia traumática puede servir como un catalizador para el cambio positivo, una oportunidad para reexaminar las prioridades de la vida o desarrollar fuertes lazos con amigos y familiares. Investigaciones recientes han explorado los efectos inmediatos y a largo plazo de los acontecimientos de la vida de similar gravedad, como el cáncer, el duelo y la infección por VIH, para identificar los factores y procesos que parecen contribuir a la capacidad de recuperación y al crecimiento <sup>(149)</sup>.

Los estudios han explorado una variedad de acontecimientos vitales estresantes y han encontrado que típicamente más de la mitad de las personas que experimentan un evento de vida traumático informan cierto grado de resultados positivos como resultado, incluyendo cambios en la auto-percepción, las relaciones sociales y la perspectiva de la vida <sup>(105, 150-153)</sup>. Por ejemplo, en un estudio de pérdida, Calhoun y Tedeschi (1990) encontraron que la mayoría de los participantes informaron sobre cambios positivos resultantes de la muerte de sus cónyuges, con los beneficios más destacados en el dominio de la autopercepción.

A través de los estudios que han examinado los beneficios que las personas perciben como resultado de los acontecimientos vitales estresantes han aparecido tres dominios importantes y consistentes de cambio <sup>(105)</sup>: el autoconcepto, las relaciones con las redes sociales y el crecimiento personal junto a las

prioridades de la vida. Los cambios positivos en el autoconcepto que siguen a los típicos estresores de la vida incluyen la creencia de que uno es una persona más fuerte para nuevas experiencias y es más capaz de manejar los golpes que la vida inevitablemente da. En estudios de mujeres con cáncer de mama, Taylor y sus colegas<sup>(105, 154)</sup> informaron que más del 75% de los participantes hizo cambios de comportamiento relacionados con la salud como resultado de su condición.

La investigación muestra claramente que hay una gran variedad en las respuestas de las personas a los eventos estresantes de la vida y las investigaciones futuras podrían beneficiarse de una mayor atención de las respuestas de las personas, así como los procesos y factores que influyen en esta gama de resultados.

Aunque la experiencia con la adversidad puede conducir a un número de vulnerabilidades también puede servir como una oportunidad para profundizar en el aprecio de la gente, de sí mismos, de su vida y de sus seres queridos. Esta capacidad de transformar la adversidad en oportunidad es quizás el hallazgo más impresionante recogido en estos estudios poniendo de relieve la resiliencia humana y como se refleja en las observaciones que Frankl V. (1983)<sup>(155)</sup> sacó de sus propias experiencias: “cuando ya no somos capaces de cambiar una situación tenemos el desafío de cambiarnos a nosotros mismos”.

*“Cuando ya no somos capaces de cambiar una situación... tenemos el desafío de cambiarnos a nosotros mismos”*

## **2.4 Malestar clínicamente significativo en el cáncer de mama. Ansiedad y depresión**

El impacto emocional que supone para una mujer conocer el diagnóstico de cáncer de mama puede sobrepasar los recursos emocionales que dispone debido a que se involucran diversos factores tales como: la mutilación física, el deterioro corporal, la sensación de incapacidad, la representación social que se tiene de la muerte etc. Todos estos factores generan una gran inestabilidad emocional durante la evolución de la enfermedad, conformando una gran amenaza constante, no sólo para la vida, sino también para la integridad física, familiar, económica y social de la paciente.

El malestar es una experiencia desagradable, multifactorial y de naturaleza psicológica, social y espiritual. El malestar puede interferir con la habilidad del paciente para afrontar su enfermedad, sus síntomas físicos y el tratamiento.

El término “malestar” fue elegido porque es más aceptable y menos estigmatizante que “psiquiátrico”, “psicosocial” o “emocional”<sup>(156)</sup> y aproximadamente un tercio de las pacientes con cáncer experimentan un malestar emocional significativo y deterioro funcional<sup>(157-161)</sup>.

La mayoría de los pacientes con cáncer que reciben radioterapia experimentan malestar psicológico como resultado de la anticipación de recurrencia de la enfermedad y contemplando la incertidumbre del futuro.

Es necesario establecer la prevalencia y severidad del malestar psicológico y determinar los factores asociados al malestar en pacientes tratados por cáncer de mama con cirugía, radioterapia y quimioterapia para identificar pacientes con alto riesgo de trastornos afectivos y priorizar los objetivos de las intervenciones psicológicas<sup>(162)</sup>.

La presencia de trastornos psicopatológicos como la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama ha sido ampliamente documentada<sup>(163)</sup>, sin embargo la identificación y tratamiento de estos trastornos ha sido insuficiente. Aspectos como la confluencia de sintomatología somática y psíquica, la consideración de manifestaciones normales de ansiedad, depresión o insomnio en el paciente con cáncer, la falta de formación del personal médico en la detección de trastornos psiquiátricos, ya sean estos secundarios a la propia enfermedad o a los tratamientos oncológicos, hace que los trastornos psicológicos del cáncer no sean en muchas ocasiones de interés médico ni tengan la atención apropiada<sup>(164)</sup>.

*“Es muy importante identificar y tratar la ansiedad en el paciente con cáncer de mama, ya que éste disminuye su capacidad para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo”*

Los trastornos psicológicos más comunes dentro de la población de pacientes con cáncer, entre ellos los de mama, son la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño. La identificación de estas patologías durante el curso de la enfermedad es de vital importancia para determinar en qué casos la intervención psicológica junto con la terapia farmacológica podría dar mejores resultados<sup>(165)</sup>. Igualmente, la ansiedad, la fatiga y los trastornos de sueño se han reportado

frecuentemente en la literatura científica como efectos secundarios al tratamiento del cáncer de mama <sup>(166)</sup>.

Por elementos inherentes a la enfermedad de cáncer y por sus características (enfermedad grave, de larga evolución, con múltiples tratamientos y con un pronóstico incierto), el proceso de la enfermedad neoplásica está acompañado de miedos, angustias y duda; y los niveles de ansiedad suelen ser altos, constantes y persistentes en el tiempo. Es la ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación la que se considera patológica <sup>(164)</sup>. Dicha ansiedad patológica puede observarse mediante la presencia de irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención/concentración, aprehensión duradera, disminución del rendimiento intelectual, inquietud, preocupación excesiva y alerta, entre otros muchos síntomas y signos posibles. Se puede manifestar desde el momento mismo del diagnóstico, en los estadios avanzados, durante el tratamiento o después de terminarlo. Es muy importante identificar y tratar la ansiedad en el paciente oncológico ya que ésta disminuye su capacidad para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo.

Las principales causas de la ansiedad en pacientes con cáncer de mama son la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad, las falsas creencias asociadas a la misma, la anticipación del sufrimiento propio y de los familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, la sensación de pérdida de control, los problemas económicos y los problemas de índole espiritual y existencial como la crisis de creencias y la necesidad de trascendencia <sup>(167)</sup>.

De acuerdo a investigaciones realizadas es fundamental para elaborar un diagnóstico establecer si el trastorno de ansiedad proviene de la enfermedad médica (dolor, complicaciones, cambios metabólicos...), de la medicación (corticoides, dexametasona...), del tratamiento (quimio/radioterapia, náuseas y vómitos condicionados...) o es debida al consumo de sustancias (abstinencia a la nicotina, alcohol...) <sup>(164)</sup>. En los pacientes con cáncer los síntomas de ansiedad coexisten con síntomas depresivos, aunque se ha encontrado que la ansiedad es aún más frecuente en estos pacientes que la depresión <sup>(165)</sup>.

Los principales factores de pronóstico para la supervivencia al cáncer de mama son los relacionados con las características patológicas como el tipo histológico, el tamaño y el grado del tumor <sup>(168)</sup>, sin embargo, la puntuación en la subescala de depresión del HADS tras el diagnóstico de cáncer de mama puede considerarse un factor de pronóstico para la respuesta al tratamiento ya que cuanto mayor es la puntuación peor es la respuesta, en especial si debe administrarse quimioterapia <sup>(169)</sup>, siendo además independiente del tamaño del tumor. Asimismo, las mujeres que en fases iniciales del diagnóstico de cáncer de mama presentan puntuaciones elevadas de depresión tienen un riesgo incrementado de mortalidad en los primeros 5 años de seguimiento <sup>(170, 171)</sup>, incluso cuando el tumor se detecta en estadios poco avanzados <sup>(172)</sup>. Del establecimiento de estas relaciones se desprenden implicaciones terapéuticas importantes y la necesidad de un tratamiento concomitante psicológico si aparece depresión comórbida en el diagnóstico oncológico.

*“El malestar clínicamente significativo repercute negativamente en la evolución de la enfermedad”*

## 2.5 Adaptación psicológica al cáncer

Desde la perspectiva psicológica, cuando una persona sufre una enfermedad maligna, se enfrenta a una situación estresante a la que se debe adaptar con los recursos de los que dispone. Sufrir una enfermedad grave significa padecer dolor u otros síntomas desagradables, ver limitadas o modificadas las actividades diarias, tener que someterse a procesos diagnósticos o terapéuticos y tener así un futuro incierto. Adaptarse a la enfermedad significa tanto combatirla como intentar que la enfermedad no deteriore o deteriore lo menos posible la autoimagen, el desarrollo laboral, las relaciones interpersonales, la afectividad y el bienestar. Esta adaptación se puede entender de dos maneras, como producto, es decir, como el grado en que una persona consigue este objetivo, pero también como un proceso <sup>(173)</sup>. En este sentido, la adaptación tiene dos componentes básicos ya que estamos hablando a la vez de un proceso de afrontamiento y de un resultado de bienestar emocional.

Los estilos de afrontamiento o tipos de ajuste a la enfermedad son cinco: espíritu de lucha, evitación o negación, fatalismo, desamparo y desesperanza

(indefensión) y preocupación ansiosa <sup>(174)</sup>. La manera de afrontar el cáncer es una de las variables más importantes para determinar el bienestar ante la enfermedad, en general, la literatura propone que las estrategias de afrontamiento, es decir, todas aquellas pautas y esfuerzos cognitivos y conductuales que la persona pone en marcha para controlar y reducir tanto el malestar emocional como la interferencia en la vida cotidiana que causa la enfermedad y su tratamiento, servirán para que la persona tenga mejores niveles de bienestar. Por el contrario, las estrategias pasivas contribuirán a que la persona experimente elevados niveles de malestar <sup>(175)</sup> entendiendo por estrategias pasivas aquellas actitudes de aceptación estoica con cierto grado de indefensión y fatalismo ante la enfermedad y todo lo que ésta acarrea.

Un criterio muy extendido para juzgar este grado de adaptación es la presencia de síntomas psicológicos como alteraciones emocionales, manifestadas con niveles altos de ansiedad y depresión, con o sin alteraciones del comportamiento <sup>(173, 176)</sup>. Según esta perspectiva, la adaptación se definiría por la ausencia de emociones negativas, sin embargo, también se puede evaluar la adaptación por la presencia de estados de ánimos positivos, por lo que en esos casos, se usa el grado de bienestar o de satisfacción para evaluar la adaptación de los enfermos. El estado emocional de los pacientes tanto si se caracteriza por la ausencia de emociones negativas como por la presencia de emociones positivas, no es la única manera de evaluar el grado de adaptación, también se puede realizar valorando la presencia de síntomas físicos o psicosomáticos relacionados con la enfermedad como dolor, insomnio, alteraciones digestivas etc. El grado de adaptación también se puede evaluar a partir del grado de funcionalidad del paciente, así en la medida en que una persona haya conseguido que la enfermedad no cambie o cambie lo menos posible su autonomía personal, su imagen social, su vida sexual, afectiva, laboral... se podrá deducir que se ha adaptado a ella. En definitiva, la adaptación a una enfermedad entendida como resultado es el producto de evaluar el estado de una persona aplicando diferentes criterios de adaptación: el grado de bienestar, los síntomas psicológicos, los síntomas físicos o el grado de funcionalidad social.

Evidencias científicas nos dicen que el diagnóstico de cáncer es un evento traumático que causa problemas psicológicos entre el 12 y el 68% de los



sobrevivientes de los pacientes con cáncer<sup>(177-180)</sup>. Las estrategias de afrontamiento están recibiendo una notable atención como para considerarse las principales influencias en la angustia psicológica de los pacientes con cáncer<sup>(173, 181)</sup>.

Las estrategias de afrontamiento y la respuesta emocional dependen de la evaluación que el sujeto hace de la enfermedad. El tipo de afrontamiento determinará la morbilidad psicológica de los pacientes. Así, la preocupación ansiosa correlaciona con depresión y ansiedad, mientras que el fatalismo, desamparo y desesperanza (Indefensión) lo hacen sólo con la depresión, siendo el espíritu de lucha el más favorable de cara a una buena adaptación a la enfermedad pues protege al sujeto de padecer alteración emocional y se correlaciona con un mejor pronóstico. La evitación implica no querer escuchar ni hablar de la enfermedad o todo lo que ella comporta. La negación supone no aceptar el diagnóstico hasta el punto de negar que se padece una enfermedad y plantear que los tratamientos son sólo medidas preventivas. Algunos estudios consideran que la evitación o negación puede hacer que la persona no ponga en marcha actitudes activas de afrontamiento que serían especialmente útiles cuando el agente estresante es severo y mantenido en el tiempo<sup>(182)</sup>. La aceptación es el precedente necesario para un afrontamiento activo observándose menor alteración emocional con éste que con la negación<sup>(183)</sup>. La inhibición de las emociones y el no poder hablar de ellas abiertamente tienen unas consecuencias psicológicas y fisiológicas negativas<sup>(184)</sup>.

Uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de las estrategias de afrontamiento es la escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) que por conveniencia en la práctica clínica ha sido recortada y refinada. Ésta es la la Mini escala de Ajuste Mental al Cáncer (MINI-MAC) que incluye cinco subescalas: el espíritu de lucha (FS), desesperanza / desamparo (HH), la preocupación ansiosa (AP), el fatalismo (FA), y la evitación cognitiva (CA). Un número de estudios que analizan las propiedades psicométricas de la Mini-mac han apoyado la fiabilidad de las cinco subescalas<sup>(185-192)</sup>.

## 2.6 Imagen corporal. Significado social y cultural

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del

movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos <sup>(193, 194)</sup>.

Analizando las aportaciones de diversos autores, Pruzinsky y Cash proponen que existen varias imágenes corporales interrelacionadas <sup>(195)</sup>:

- Una imagen perceptual que se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, podría parecerse al concepto de esquema corporal mental e incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- Una imagen cognitiva que incluye pensamientos, auto-mensajes y creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

La imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia subjetiva y no tiene porqué haber un buen correlato con la realidad. Este concepto amplio de imagen corporal tiene las siguientes características <sup>(195)</sup>:

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

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal incluyendo un componente conductual que consistiría en qué conductas realiza el individuo en relación a su cuerpo y el grado de satisfacción con él además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales. Por ejemplo, evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que disimulen ciertas partes del cuerpo (195, 196).

La imagen corporal se concibe como una parte del autoconcepto que se refiere al conjunto de percepciones que tiene la persona de sí misma e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa (197, 198).

*“Sobre el pecho tienes ya una cicatriz, tú te miras al espejo y ya no te devuelven la imagen”*

De todos los tipos de cáncer que hay, en el cáncer de mama es donde más se pueden observar los efectos de la enfermedad y el tratamiento en la imagen corporal (199). Las percepciones negativas de la imagen corporal en este caso incluyen insatisfacción con la apariencia, una percepción de pérdida de la femineidad y la integridad corporal, evitar verse desnuda, sentirse menos atractiva e insatisfacción con el resultado quirúrgico (200).

Fernández AI (2004) (194) ha clasificado en su trabajo las variables que influyen en el cambio en la imagen corporal de las personas que padecen cáncer, las cuales son:

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

acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica va a facilitar que la persona pueda superar las limitaciones.

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

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

- A nivel perceptivo, aparecen una serie de distorsiones perceptivas como la atención selectiva a la zona afectada o la magnificación a la hora de percibir el tamaño del defecto.
- A nivel cognitivo, aparecen errores cognitivos en relación al cuerpo tales como un diálogo interno crítico centrado en la pérdida y una frecuencia elevada de pensamientos intrusivos sobre el cuerpo. Además a este nivel aparecen creencias disfuncionales en torno a la valía personal como pérdida del atractivo y de su valor como persona y creencias disfuncionales asociadas a la identidad de género con pacientes que se sienten menos femeninas.

La importancia que se da al cuerpo de la mujer y las presiones que se ejercen para que se parezca a un ideal de belleza socialmente establecido puede convertirse, en este momento, en una importante fuente de malestar psicológico ya que la mujer sufre cambios físicos notables como consecuencia de los tratamientos. En este sentido el pecho representa para muchas mujeres de nuestra cultura un elemento significativo de su identidad femenina, de su sexualidad y de su maternidad. Por consiguiente, está cargado de significado social y cultural. Su vivencia, importancia y valor trasciende las consideraciones meramente anatómicas para constituir elementos de identificación y representación de las propias mujeres. El significado del pecho y las connotaciones del mismo es algo construido socialmente y es aprendido a través del proceso de socialización. La importancia del cáncer de mama en la mujer hay que buscarla no sólo en los

aspectos biológicos, médicos y psicológicos de la enfermedad sino también en el significado social y cultural que representa <sup>(75)</sup>.

## 2.7 Calidad de vida

Como creemos que el ser humano es un ser biopsicosocial e inserto en el tiempo y en la historia, lo que él piensa, lo que siente, lo que se imagina, tienen una importancia mucho mayor de lo que se presupone en el pronóstico y evolución de cualquier enfermedad. Estos aspectos se inscriben fundamentalmente en el concepto de “calidad de vida” (CV) entendido como “la percepción de un individuo del lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales” OMS (1996) <sup>(201)</sup>.

La calidad de vida entraña la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores, en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses <sup>(202, 203)</sup>.

En psicología se añade la funcionalidad y el bienestar cuando la salud es una variable que afecta componentes vitales como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc. <sup>(204)</sup>. La evaluación de la calidad de vida por el médico correlaciona bajo con la percibida por el paciente en casos de cáncer ya que, en general, los médicos no determinan con precisión la forma en que se sienten sus pacientes <sup>(205, 206)</sup>. La calidad de vida en la atención a la salud es relevante para planificar las necesidades de una población, evaluar resultados en ensayos clínicos y estudios sobre servicios de salud y tomar mejores decisiones sobre distribución de recursos <sup>(207, 208)</sup>.

Podemos definir la calidad de vida como un concepto multidimensional basado en la percepción subjetiva del paciente que abarca aspectos relacionados con funcionamiento físico, con la enfermedad y síntomas derivados del tratamiento, con su funcionamiento psicológico, su funcionamiento social y otros aspectos relacionados con su estado espiritual/existencial, funcionamiento sexual, imagen corporal y satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos <sup>(209)</sup>,

<sup>210</sup>). Se trata, por lo tanto, de un concepto muy amplio y complejo que está influido no solo por la salud física del sujeto, su estado psicológico o su nivel de independencia, sino también, como informa la OMS, por sus relaciones sociales y su conexión con los elementos esenciales de su entorno.

Tal y como muestran los resultados obtenidos en diversos estudios, la mujer superviviente de cáncer de mama se ve afectada en diversos ámbitos de su vida: físico, psicológico, cognitivo, social, sexual, etc <sup>(194, 211-221)</sup>.

La cirugía oncológica en esta patología constituye una amenaza para la mama ya que es un símbolo de feminidad y belleza <sup>(213, 217)</sup>. Los cambios en su figura y afectación de la integridad cutánea después de los tratamientos causan insatisfacción con su propia percepción de pérdida de su feminidad y un fuerte impacto en la aceptación de su cuerpo <sup>(194)</sup>, con consecuencias directas tanto en el buen funcionamiento de la imagen corporal como en su sexualidad. Por otra parte, las terapias adyuvantes, si bien consiguen cifras de supervivencia como las que manejamos hoy en día, pueden causar problemas como disfunción sexual, pérdida de interés sexual relacionado con una subsecuente menopausia precoz y un sentido de pérdida de feminidad <sup>(213, 217)</sup>. Todo ello, evidentemente, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

*“El cáncer de mama, una enfermedad crónica que impacta de modo importante la calidad de vida”*

Por otra parte, la ansiedad, el insomnio, los trastornos del estado de ánimo y autoinformes de problemas cognitivos son comúnmente destacados en la literatura consultada como los más frecuentes y de mayor impacto en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama <sup>(214-216, 218, 219, 222)</sup>.

## 2.8 Personalidad

Muchos investigadores durante décadas han observado cierta relación entre el cáncer y algunas características de la personalidad, sin embargo problemas metodológicos, fundamentalmente referidos a la variedad de diseños existentes en los trabajos (prospectivos, longitudinales, retrospectivos...) y también teóricos (polémica acerca de si los factores psicosociales actúan como precursores

del cáncer o bien como potenciadores del mismo) impedían establecer conclusiones claras al respecto. Pero ya se empieza a difundir entre la psicología oncológica un concepto que intenta resumir las principales variables de personalidad que se habían relacionado con el desarrollo y/o progresión del cáncer, éste es el patrón de conducta o personalidad Tipo “C” apuntado por primera vez por Morris y Greer en 1980 <sup>(223)</sup>.

Un factor que conformaría la personalidad tipo C sería la relación que establece entre un afecto negativo bajo y un alto afecto positivo, es decir, la dificultad que presentan las personas proclives al cáncer de manifestar sus emociones negativas, ira, cólera, agresividad.. en contraste con su alta expresividad de emociones positivas, amor, cariño, solidaridad... <sup>(224)</sup>. Desde los trabajos pioneros de Kissen y colaboradores <sup>(225, 226)</sup>, diversos autores han relacionado la represión de las emociones negativas y de la alta manifestación de reacciones emocionales positivas con el posterior desarrollo del cáncer <sup>(227)</sup> o con un peor pronóstico de la enfermedad <sup>(228-230)</sup>.

La depresión es el estado psicológico descrito con más frecuencia en los primeros estudios sobre personalidad proclive al cáncer y a pesar de que la mayor parte de estudios presentan evidencias a favor los problemas metodológicos presentes en los mismos, así como los problemas planteados al propio concepto de depresión <sup>(231)</sup>, no permiten afirmar tajantemente que esta variable juegue un papel importante en la aparición de los tumores, si bien puede ser un factor adicional en el desarrollo y progresión clínica de los mismos.

Estudios de la década de los 90 demostraron que la personalidad es más potente para predecir los trastornos psicológicos que los eventos externos, tales como enfermedades o acontecimientos vitales involuntarios. Por lo tanto, la fuerte influencia de la personalidad en el bienestar subjetivo en general y sobre los mecanismos de afrontamiento en el caso de los eventos adversos en la vida se ha encontrado ahora en pacientes con cáncer de mama también <sup>(232, 233)</sup>.

Dentro de las aproximaciones hacia la psicología diferencial de la personalidad, derivadas de una fundamentación teórica previa, se encuentran los postulados de Hans Eysenk. Su modelo estructural es el más importante desarrollado bajo una serie de concepciones teóricas previas y en él queda señalado que los correlatos biológicos pueden servir como elementos de contraste en el

análisis de la validez de las taxonomías. Sus ideas principales se basan en la descripción de la conducta, en la que se utilizan los rasgos que caracterizan a los individuos según el grado en que correlacionan entre sí constituyendo categorías de rango superior.

En el campo de la psicología de la personalidad existen dos corrientes, una que afirma que la personalidad consta de tres dimensiones o superfactores, de la cual Eysenck fue su mayor defensor, y otra, actualmente más aceptada, que defiende que son cinco. Las tres dimensiones son la Extraversión, el Neuroticismo y el Psicoticismo y cada una de ellas está relacionada con lo que Eysenck consideró los motores de la conducta que son reproducción, conservación y autodefensa respectivamente. Además añadió un cuarto factor, la inteligencia, aunque nunca lo vinculó a su teoría PEN. Cada una de estas dimensiones tenía unas bases biológicas a nivel neuroquímico y estaba compuesta por nueve factores.

La extraversión es la dimensión más trabajada por Eysenck. Se trata de una dimensión bipolar en la que en el extremo alto se encuentra la extraversión y en el otro extremo, el de las puntuaciones bajas, hallamos la introversión. Los nueve factores de esta dimensión son la sociabilidad, vivacidad, actividad, asertividad, buscador de sensaciones, despreocupación, dominancia, surgencia (espontaneidad) y aventurero. Según Eysenck detrás de esta dimensión estaba el SARA (Sistema de Activación Reticular Ascendente) que se encargaba de activar la corteza cerebral, de modo que las personas con una corteza cerebral muy activada no necesitarían más estimulación y evitarían excesivo contacto social, es decir, serían introvertidas, y viceversa. Esta es la dimensión social para Eysenck.

La dimensión del neuroticismo es tectónica, por lo que únicamente encontramos una patología en uno de los extremos de la misma, el polo alto en neuroticismo, mientras que en el polo opuesto se encuentra el control de las emociones, es decir, la normalidad. Los nueve factores de la dimensión son la ansiedad, la depresión, el sentimiento de culpa, la baja autoestima, la tensión, la irracionalidad, la timidez, la tristeza y la emotividad. Las bases biológicas de esta dimensión están relacionadas con la activación del Sistema Nervioso Autónomo. Según Eysenck ésta es la dimensión emotiva.



El psicoticismo fue la última dimensión en aparecer en su teoría y la más criticada, de hecho, los defensores de los modelos de 5 dimensiones subdividen esta en dos dimensiones, el autocontrol y la hostilidad. Los nueve factores de esta dimensión son la agresividad, la frialdad, el egocentrismo, la impersonalidad, la impulsividad, antisocial, la ausencia de empatía, la creatividad y la rigidez. Las bases biológicas de esta dimensión son mucho menos sólidas que las de las otras dos dimensiones, basándose principalmente en el metabolismo de la serotonina. Esta dimensión originalmente se diseñó para detectar tendencias psicóticas en la población normal, sin embargo los resultados muestran que la inmensa mayoría de la gente puntúa extremadamente bajo en esta escala (normalidad) y que los que puntúan alto no son psicóticos, sino más bien psicópatas y también correlaciona positivamente con los delincuentes. Según Eysenck esta es la dimensión impulsiva.

Las dimensiones propuestas son concebidas en el ámbito del temperamento, desde lo que Eysenck denomina antecedentes distales relativos a los determinantes biológicos. Por ello, estas dimensiones están fundamentadas en factores constitucionales de gran relevancia biológica siendo denominadas como rasgos-fuente. En cuanto a los antecedentes proximales, el sistema PEN representa un modelo causal de la personalidad, de corte biologicista, pues Eysenck sitúa las bases biológicas de la extraversión e introversión en centros corticales y subcorticales del cerebro dentro del Sistema Nervioso Central. Tiene mucho en cuenta el término *arousal* o activación cortical generalizada que, a su vez, depende del nivel de actividad del SARA (Sistema de Activación Reticular Ascendente).

Para él, el fundamento biológico del neuroticismo se encuentra en la actividad del cerebro visceral (hipocampo-amígdala, cíngulo, septum e hipotálamo) que produce un incremento de la activación del sistema nervioso autónomo. El elemento clave aquí es un nivel elevado de activación del sistema límbico que se manifiesta en un exceso de activación emocional en respuesta a los estímulos estresantes y situaciones amenazantes. Las personas que puntúan bajo en neuroticismo presentan una baja labilidad del sistema autónomo.

En cuanto al psicoticismo, el asunto no está tan claro, pero sí se expresa que se trata de una base genética importante. Esta dimensión se asoció inicial-

mente con bases hormonales pero recientemente se ha dicho que es una asociación entre el psicoticismo y diversos factores bioquímicos, principalmente la actividad de la Serotonina y que bajos niveles de 5-HT serían los responsables de la desinhibición que manifiestan estos sujetos en cuanto a impulsividad, agresividad etc. <sup>(234-241)</sup>.

# 3

## Justificación

---

### 3.1 Cáncer de mama, un proceso multifactorial e interdisciplinario

El cáncer de mama ha sido una neoplasia protagonista en la psicooncología, su alta incidencia, su aumento precipitado en las últimas décadas y el alto impacto que supone, le han hecho un campo de estudio muy atractivo. Es por esta fructificación de investigaciones en CM y sus variables psicológicas involucradas, que este cáncer ha sido también el prototipo a partir del cual se han creado los modelos teóricos psicooncológicos de la génesis y desarrollo del cáncer. Este campo de la ciencia nos ha llevado a concebir el cáncer como un proceso multifactorial e interdisciplinario, en el que la atención del paciente puede suceder bajo una mirada holística integral. Por lo tanto, se deben recoger los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales de la persona con cáncer (77).

La psicooncología se ha desarrollado más en su ámbito reactivo justamente porque es el área de esta especialidad que más se acerca al modo de funcionamiento de nuestra cultura funcionamos bajo un modelo médico en el cual se hacen relevantes los síntomas de los fenómenos, enfermedad al fin y al cabo. Al establecerse la separación mente-cuerpo se pierde la más valiosa de las informaciones y, por lo tanto, se pierde un nivel de salud que constituiría una de las herramientas para la prevención y promoción de factores protectores en la población.

La importancia de la psicooncología se pone de manifiesto a nivel de las consecuencias psicológicas de la enfermedad, siendo un hecho comprobado que

padecer un cáncer supone un estrés vital muy grave que amenaza con agotar los recursos psicológicos de la persona <sup>(77)</sup>.

En el CM como en otros procesos oncológicos es necesario proponer un abordaje interdisciplinar para lograr la atención integral que la enferma necesita. Así, es importante evaluar las necesidades tanto físicas como emocionales de estas pacientes para establecer un perfil individual y un plan de cuidados que se ajuste a dichas necesidades.

La legislación vigente en nuestro país establece la atención integral y la promoción de la calidad de vida como derechos fundamentales y como medio para garantizar los principios de dignidad, intimidad y autonomía.

Por otro lado, la investigación clínica ha demostrado que las intervenciones psicológicas mejoran la calidad de vida en todas sus dimensiones y teniendo en cuenta que la calidad de vida puede predecir la supervivencia del cáncer <sup>(242-245)</sup>, ¿por qué no facilitar la inclusión de las intervenciones psicológicas en el tratamiento del cáncer si se ha demostrado que éstas proporcionan un considerable ahorro a largo plazo de los costes del sobrecargado sistema de salud <sup>(246)</sup> pudiendo evitar el alargamiento de la estancia hospitalaria? Estaría por tanto justificada la inclusión en el tratamiento integral de las pacientes con CM.

### **3.2 El bienestar emocional, psicológico y social claves en el cáncer de mama**

El reconocimiento de los aspectos psicosociales en la prevención, tratamiento y la supervivencia de pacientes con cáncer ha aumentado a escala mundial. La calidad de vida en los pacientes con cáncer es una preocupación que continua creciendo en el ámbito internacional, incluyendo el bienestar psicológico y social. Los cambios ocurridos en la psicooncología en tan poco tiempo (alrededor de dos décadas y media) sugieren que tener una actitud optimista para la próxima década es apropiado y que en los próximos años presenciaremos enormes logros en cuanto a la mejora de métodos e instrumentos de evaluación en oncología que permitirán que haya más interés en los resultados de investigación de supervivencia, remisión de enfermedad y calidad de vida <sup>(247)</sup>.

Dentro de lo que confiere relevancia a la subespecialidad de la psicología en el área de las consecuencias psicológicas del padecimiento del curso del cáncer podemos decir que se ha observado cómo personas con malos pronósticos que hacen cambios profundos en sí mismos muchas veces recuperan su salud, y por el contrario aquellas personas con mejores pronósticos que no han estado dispuestas a hacer cambios reales en sus formas de funcionamiento y en sus relaciones con los otros, vuelven a rehacer la enfermedad.

Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en los trastornos y enfermedades. Por su parte, los trastornos y enfermedades desencadenan marcas grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico. De ahí la importancia del desarrollo de medidas y tratamientos psicológicos para el mejor abordaje del CM.

En el ámbito de intervención dentro del desarrollo de la enfermedad resulta esencial comprender y tratar los aspectos emocionales de los pacientes oncológicos para mejorar su presente y fortalecer el futuro a partir no sólo del apoyo sino también del reaprendizaje de estilos de vida. Ofrecer apoyo a las reacciones psicológicas de quien ya tiene la enfermedad y de su familia, que se enfrenta al shock de la posibilidad de la pérdida de un ser querido, además de atender todos los aspectos asociados a llevar en una enfermedad tan desgastante en el tiempo.

También hay que considerar al personal asistencial, a quien de no pres-társele suficiente apoyo psicológico para el establecimiento de una relación con la muerte y adecuados espacios de desahogo puede perderse como recurso para el enfermo e incluso también ellos mismos enfermar <sup>(77)</sup>. En general, las intervenciones psicológicas constituyen una poderosa ayuda para el tratamiento médico.

### **3.3 La vinculación a asociación de pacientes, la pertenencia a un grupo de apoyo y la rentabilidad para el sistema de salud**

Recibir un diagnóstico de cáncer de mama y pasar por un tratamiento para el mismo supone un hecho estresante que sobrepasa en numerosas ocasiones a las mujeres que lo padecen y a su familia <sup>(248)</sup>. Diferentes estudios han establecido que entre un 30% y un 50% de las personas que padecen un cáncer presentan alguna alteración psicológica, la depresión y la ansiedad son los más frecuentes y muchas veces no son tratadas <sup>(249-254)</sup>.

Las asociaciones de pacientes con cáncer de mama tienen como objetivo facilitar un espacio de apoyo a las afectadas por la enfermedad para contribuir así al bienestar físico y emocional de las mujeres y al de sus entornos familiares. Están formadas por mujeres voluntarias que han pasado o están pasando por un proceso de enfermedad y por profesionales de la salud implicados en ayudar a estas mujeres como psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales etc. Los recursos que ofrecen son información y apoyo a nivel individual y familiar, prevención y concienciación a la población en general, atención psicológica individual, formación de grupos de psicoterapia y relajación, la realización de intervenciones psicológicas, asistencia fisioterápica al linfedema y atención social. El objetivo fundamental de las diferentes intervenciones psicológicas es que la paciente diagnosticada de cáncer de mama mantenga una buena calidad de vida con ausencia de alteraciones emocionales como ansiedad y/o depresión <sup>(255)</sup> y con la menor alteración posible de la vida social, laboral y familiar. Asimismo, si conseguimos el bienestar emocional de estas mujeres, mejoraremos su adaptación y su evolución a lo largo de su enfermedad, consiguiendo en muchos casos una mejora del pronóstico.

El hecho de pertenecer a una asociación de pacientes les permite la vinculación a un grupo de apoyo que está formado por personas que experimentan situaciones similares en la vida y que se reúnen periódicamente para compartir sus vivencias, en este caso, las experiencias comunes de su enfermedad, el cáncer de mama.

Entre los beneficios de los grupos de apoyo del cáncer de mama se pueden destacar: el establecer una conexión entre los miembros durante una experiencia que muchas veces puede hacerte sentir aislada, el recibir recomendaciones e información de personas que han pasado por la misma situación, el comentar preocupaciones que se tienen en común y ver las diferentes maneras de superarlas, el discutir cuestiones relacionadas con la enfermedad y su tratamiento, el intentar potenciar otras fuentes de apoyo social como el de la familia y amigos, y la posibilidad de usar sus conocimientos para ayudar a otras personas (140, 256, 257).

Los tres tipos de soporte, emocional, informacional-educacional e instrumental (117, 120-126) favorecen la adaptación al cáncer aumentando la autoestima de las mujeres a través del apoyo emocional. Hablar con personas que pasan o han pasado por lo mismo y compartir experiencias con ellas provoca sentimientos positivos de aceptación hacia uno mismo y disminuye los de inadecuación personal. El soporte mutuo y el darse ánimos también aumentan el optimismo hacia el futuro. Así, el proceso de expresar sentimientos en un ambiente cálido y de aceptación afecta a la adaptación aumentando el conocimiento de las propias emociones y la capacidad para aceptarlas, controlarlas o cambiarlas (124, 125).

Existen estudios alentadores que fomentan la participación de las mujeres con cáncer de mama en los grupos de apoyo porque no sólo generan efectos positivos en el bienestar psicológico y mejoran la calidad de vida, sino que aumentaban el promedio de supervivencia (258).

El cáncer de mama es una enfermedad costosa para el sistema de salud y para otros sistemas alrededor del mundo, es por ello importante considerar los tratamientos más rentables y las intervenciones adicionales que pueden reducir los costes.

Diferentes estudios en distintos contextos clínicos indican que el cuidado psicosocial como un complemento del cuidado estándar puede disminuir el coste total para el sistema sanitario y mejorar los años ajustados por calidad de vida (AVAC) (259-261).

Esto refuerza la credibilidad de un estudio sueco reciente elaborado por Arving et al. (2014) en el que se realizó el primer ensayo aleatorio controlado

con mujeres suecas con cáncer de mama. Se llevó a cabo un análisis coste-utilidad (ACU) que reveló que durante el tratamiento adyuvante del cáncer de mama las intervenciones de soporte psicosocial que se habían proporcionado resultaron rentables ya que los costes de atención sanitaria fueron más bajos y los años ajustados por calidad de vida resultaron mayores comparados con el cuidado estándar <sup>(262)</sup>.



# 4

## Objetivos del estudio e Hipótesis

---

### 4.1 Objetivo principal

Valorar la prevalencia de crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama que están vinculadas con una asociación de pacientes frente a las que no lo están usando el cuestionario PTGI.

### 4.2 Objetivos secundarios

1. Conocer la necesidad de vinculación con una asociación de pacientes de las mujeres con cáncer de mama que tienen una peor calidad de vida con respecto a las que tienen una mejor calidad de vida usando el cuestionario FACIT-B.
2. Explorar la existencia de adaptación psicológica al cáncer en mujeres con cáncer de mama que pertenecen a una asociación de pacientes con respecto a las que no lo están, haciendo uso del cuestionario MINI-MAC.
3. Determinar la necesidad de vinculación con una asociación de pacientes de las mujeres con cáncer de mama que tienen peor imagen corporal con respecto a las que tienen una mejor imagen corporal haciendo referencia al cuestionario o escala BIS.

4. Conocer los efectos de pertenencia a una asociación de pacientes sobre el malestar psíquico clínicamente significativo en cuanto a ansiedad y depresión de la mujer con cáncer de mama a diferencia de las que no pertenecen usando el cuestionario HADS.
5. Valorar la prevalencia de crecimiento postraumático en mujeres menores de 50 años con respecto a las mayores de 50 años.
6. Determinar el aumento de prevalencia de crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama que hayan pasado por una o ninguna situación vital estresante previas a su enfermedad con respecto a las que hayan pasado por varias situaciones vitales estresantes.
7. Explorar la presencia de una enfermedad psicológica previa de ansiedad y/o depresión en mujeres con cáncer de mama con riesgo de enfermar con respecto a las mujeres que no presentaban riesgo, según la puntuación obtenida en la Escala de Holmes y Rahe
8. Determinar la prevalencia de crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama que tengan una situación socioeconómica media-alta con respecto a las mujeres con cáncer de mama que tengan una situación socioeconómica baja.
9. Determinar la prevalencia de crecimiento postraumático en las mujeres con cáncer de mama y rasgo de personalidad extrovertido frente a las mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico, ambas, con respecto a otros rasgos de personalidad y según el cuestionario PTGI y EPQA.
10. Conocer el malestar clínicamente significativo en cuanto a ansiedad y depresión de las mujeres con cáncer de mama que presentan rasgo neurótico frente a las mujeres con cáncer de mama con otros rasgos de personalidad usando el cuestionario HADS y EPQA.

### **4.3 Hipótesis principal**

H1: La prevalencia de crecimiento postraumático será mayor en mujeres con cáncer de mama vinculadas a una asociación de pacientes que en las que

no lo están. Se prevé una diferencia en la puntuación PTGI +/- 15 puntos estadísticamente significativos.

#### **4.4 Hipótesis secundarias**

1. H1: Las mujeres con cáncer de mama que presenten una peor calidad de vida estarán más vinculadas a una asociación de pacientes con respecto a las que posean una mayor calidad de vida. Se prevé una diferencia en la puntuación FACIT B +/- 15 puntos estadísticamente significativos.
2. H1: El ajuste mental al cáncer será mayor en mujeres con cáncer de mama que están vinculadas a asociación de pacientes con respecto a las que no lo están. Se prevé una diferencia en la puntuación MINI-MAC +/-5 puntos estadísticamente significativos.
3. H1: La alteración de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama será mayor en aquellas que han necesitado vincularse a una asociación de pacientes con respecto a las que no. Se prevé una diferencia en la puntuación BIS +/- 5 puntos estadísticamente significativos.
4. H1: Las mujeres con cáncer de mama que presenten una mayor prevalencia de ansiedad y depresión estarán más vinculados a asociación de pacientes con respecto a las que no lo están. Se prevé una diferencia en la puntuación HADS +/- 2 puntos estadísticamente significativos.
5. H1: La prevalencia de crecimiento postraumático en mujeres menores de 50 años será mayor que en las mujeres mayores de 50 años.
6. H1: La prevalencia de crecimiento postraumático será mayor en mujeres con cáncer de mama que hayan pasado por una o ninguna situación vital estresante previa a su enfermedad que las que hayan presentado varias situaciones vitales estresantes.
7. H1: Las mujeres con cáncer de mama que presentan más riesgo de enfermar según la escala de Holmes y Rahe, tiene más probabilidad de haber pasado por una enfermedad psicológica y/o psiquiátrica de ansiedad y/o depresión con respecto a las que presentan menos riesgo.

8. H1: La prevalencia de crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama que tengan una situación socioeconómica media-alta será mayor que las mujeres con cáncer de mama con una situación socioeconómica baja.
9. H1: La prevalencia de crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama en las que domina el rasgo extrovertido frente a otros rasgos de personalidad será mayor que en aquellas en las que domina el rasgo neurótico.
10. H1: La prevalencia de ansiedad y depresión será mayor en mujeres con cáncer de mama que presentan rasgo neurótico frente a las que presentan otros rasgos de personalidad.

# 5

## Material y métodos

---

### 5.1 Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal con tres cortes transversales, al mes, a los seis meses y al año de ser intervenidas quirúrgicamente en el que se trataría dos grupos, uno compuesto por las pacientes con cáncer de mama que están vinculadas a asociación de pacientes y otro formado por aquellas que no lo están.

El estudio ha sido realizado durante el período comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2013, sobre un total de 101 pacientes del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” (H.C.U.) de Zaragoza, hospital de referencia del Sistema Aragonés de Salud para el sector III de la Comunidad Autónoma de Aragón. Para la realización de la investigación y tras informar de la intención del estudio se contó con el consentimiento de la Gerencia y Dirección Médica del H.C.U. (ver Anexo D) y el consentimiento del equipo de cirugía del Bloque Quirúrgico y de la Unidad de Mama de dicho centro hospitalario.

### 5.2 Consideraciones éticas

El estudio ha sido aprobado por el Comisión Ética de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), siguiendo los requisitos de la ley 14/2007 de 3 de Julio de Investigación Biomédica, y autorizado para entrevistar a las pacientes previo cumplimentación del consentimiento informado elaborado al efecto. (ver Anexo C).

Se cumplen los requisitos de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto. Son apropiados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como el modo de cumplimentación del mismo. La capacidad de los investigadores y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.

Cada paciente recibió un código de registro de participación en el estudio y el cuestionario no incluyó ningún dato identificativo por lo que la información almacenada en la base de datos no permite averiguar la identidad del paciente manteniendo así la confidencialidad de los datos.

### **5.3 Población y muestra**

Se ha realizado un estudio longitudinal de las pacientes que han sido intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mama en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza.

La muestra elegida ha sido recogida durante un período de estudio previamente establecido comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2013.

La población objeto de estudio han sido pacientes con cáncer de mama con edades entre los 35 y 65 años, intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza.

A lo largo de la duración del estudio se ha contado con 101 pacientes de las que finalmente 54 han constituido la muestra final.

Las pérdidas o abandonos se han producido por diferentes causas a lo largo del estudio: 17 por negativas, 4 por exitus, 2 por extrema gravedad clínica, 9 por mayores de edad, 4 por estar asociados a otro cáncer, 8 por patología psiquiátrica y 3 porque no comprendían el idioma.

Por lo que respecta a las bajas por negativa o abandono se puede argumentar que quizás deberían haber sido consideradas para evitar la infraestimación de la prevalencia e incidencia de depresión dado que la está es más frecuente en mujeres que en varones como se demuestra tanto en estudios consistentes a

nivel internacional<sup>(263)</sup> como en la ciudad de Zaragoza<sup>(264)</sup> y teniendo en cuenta además el alto impacto emocional que ocasiona el cáncer de mama.

Las pacientes que deciden no participar en el estudio o abandonarlo lo hacen principalmente por la incomodidad que les ocasiona tener que contestar al extenso cuaderno de cuestionarios y repetirlo en tres momentos diferentes a lo largo del primer año en la situación de bajo estado anímico por el impacto tan fuerte que ocasiona la enfermedad. Así mismo influye que el estudio les hace recordar las vivencias negativas, que las pacientes se encuentran en general en un estado de desmotivación, y que participar en el estudio requiere un esfuerzo adicional así como la creencia de que este no les va a ayudar en su enfermedad.

## 5.4 Criterios de inclusión y exclusión

### Criterios de inclusión

---

- Pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que acuden a la Unidad de Mama del Hospital Clínico “Lozano Blesa” de Zaragoza y a las que se les ha intervenido quirúrgicamente.
- Mujeres comprendidas entre 35 – 65 años de edad.
- Diagnosticadas histopatológicamente de cáncer de mama durante los años 2011 a 2013 en el Area 3 del SALUD.

### Criterios de exclusión

---

- Existencia grave de patología psiquiátrica actual o pasada.
- Limitaciones evidentes para la comprensión y respuesta de los cuestionarios y incluso del propio idioma.
- Falta de cooperación, cuestiones éticas, negativas etc.
- Extrema gravedad.
- Asociado a otro cáncer.
- Edad mayor de 65.

## 5.5 Procedimiento

Durante el período comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2013 se fueron captando pacientes con cáncer de mama a través de los partes de quirófano de la semana anterior a la que se iba a impartir la cirugía de mama de dichas pacientes y así, de forma controlada, se podía tomar contacto con la paciente el día previo a la intervención quirúrgica.

Hasta después de ser intervenida quirúrgicamente, no se le comentaba la posibilidad de poder participar en el estudio para que el nivel de ansiedad que podía tener en el momento previo a la cirugía no se interpusiese de alguna manera. Se escogió hacerlo pasados unos días tras la intervención como la mejor opción puesto que las pacientes tras ser operadas se sentían más liberadas y con menor grado de ansiedad que en el momento previo a ser intervenidas.

Así, en los días posteriores a la intervención se procedía a visitarlas en la habitación, en este caso en la planta de cirugía del hospital. Se tomaba contacto con ellas por segunda vez y tras establecer un encuentro lo más armonioso posible salvando aquellas dudas y preocupaciones que podían resolverse se les informaba de la intención del estudio, de su finalidad y de la posibilidad de participar en él de forma voluntaria y con la posibilidad de abandonar en cualquier momento. Si aceptaban participar se les entregaba la hoja de información para la paciente donde se resumen todos los aspectos relacionados con el estudio, con sus beneficios y riesgos, y se destacando la confidencialidad y el acceso de los datos. Junto a ésta hoja informativa se entregaba el consentimiento informado para su cumplimentación en caso de aceptación y la hoja de revocación del mismo por si querían abandonar el estudio en cualquier momento. Todo esto, era un requisito indispensable para el inicio del estudio y garantía de que las pacientes eran informadas de todos los aspectos que perseguía la investigación, además del tratamiento de confidencialidad y de la posibilidad de abandonar en cualquier momento.

A las pacientes que se incorporan estudio se entregaba el primer cuestionario al mes de la intervención y se les realizaba una entrevista personal estructurada sobre determinados datos sociodemográficos, médicos y psicológicos, que incluía a su vez la escala de Holmes y Rahe sobre acontecimientos vitales estresantes.



La aplicación de los cuestionarios durante el resto de la línea temporal de este estudio, a los seis y doce meses de la intervención quirúrgica, se ha realizado mediante el uso de correo electrónico u ordinario según resultase más cómodo para la paciente, por lo que además de los cuestionarios impresos que se acompañan en el Anexo C, se realizó una versión en formato electrónico con las mismas características que facilitase la cumplimentación y envío telemático.

Para completar los datos recogidos con los cuestionarios se ha realizado, al menos en dos momentos (a los seis y doce meses) y en algunos casos con mayor frecuencia, un seguimiento telefónico individualizado que ha permitido identificar la evolución psicológica y el estado de salud de las pacientes, además de animarlas para su adaptación a la enfermedad y motivarlas para continuar colaborando con el estudio.

En el estudio se incorporan 7 cuestionarios autoadministrados, 6 de ellos se recogieron en tres momentos diferentes a lo largo de todo el estudio, al mes de la intervención, a los seis meses y al año de ser intervenidos, mientras que la Escala de Holmes y Rahe sobre acontecimientos vitales estresantes se pasó una sola vez junto a la entrevista personal estructurada sobre aspectos sociodemográficos, médicos y psicológicos de cada paciente.

## **5.6 Instrumentos de medida, cuestionarios y escalas**

### **5.6.1 Encuesta sociodemográfica**

Encuesta realizada según modelo que figura en el ver Anexo C «Estudio CPT-CM» y que contiene los siguientes apartados:

- Datos de la entrevistada y de la entrevista
- Datos sociodemográficos, económicos y culturales
- Datos médicos de la entrevistada
- Datos psicológicos de la entrevistada

### **5.6.2 Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)**

El cuestionario o inventario de crecimiento postraumático se refleja en el apartado 5.7.1. por ser el que mide la variable independiente principal del estudio.

### **5.6.3 Escala de Holmes y Rahe**

La escala o cuestionario de acontecimientos vitales de Holmes y Rahe (1976), también llamada Escala de Reajuste Social (“Social Readjustment Rating Scale”) o Escala de Estrés, pretende medir la magnitud de los acontecimientos vitales estresantes que una persona ha sufrido en el último año, es decir, el estrés vital al que está sometido un individuo y que puede favorecer la aparición de enfermedades. El reajuste social se define como “cantidad y duración del cambio en el patrón usual del individuo” y se expresa en unidades de cambio vital (UCV). A través de este indicador se quiere explicar el efecto de los acontecimientos vitales estresantes sobre el sistema familiar.

La escala refleja una lista de 43 acontecimientos vitales estresantes a los que se ha otorgado una puntuación establecida en función de lo estresantes que pueden llegar a ser para la persona que los experimenta. No se tiene en cuenta sólo el suceso negativo sino que la puntuación está basada también en factores como la incertidumbre que generan, el cambio que suponen para el individuo o que puedan sobrepasar los recursos de los que dispone.

Para aplicar la escala se seleccionan de la lista los acontecimientos experimentados por las pacientes en el último año y se suman sus puntuaciones. Si el número resultante se halla por debajo de 150 sólo hay un pequeño riesgo de enfermar a causa del estrés, si está entre 151 y 299 el riesgo es moderado, mientras que si sobrepasa 300 puntos se está en riesgo importante de enfermar.

Hay que tener en cuenta que cada persona tiene un nivel de tolerancia al estrés diferente así que el resultado es orientativo (Ver Anexo C, Estudio CPT-CM : Encuesta Sociodemográfica).

#### 5.6.4 EPQ-A

Otra medida complementaria de evaluación es el cuestionario de personalidad para adultos de Eysenck, EPQA, en la que se evalúan tres dimensiones básicas de la personalidad como son la extraversión, el neuroticismo y psicoticismo o dureza, y la sinceridad.

Consiste en 94 preguntas con respuestas dicotómicas que se puntúa y se corrige con plantilla de corrección.

La confiabilidad es de 0.69-0.90. Para la interpretación se parte de la puntuación directa (PD) que se transforma en puntuaciones centiles (PC) y de ahí se asignan valores o escalas de significación universal teniendo en cuenta el criterio «sexo» que corresponde con baremos independientes<sup>(265)</sup>.

Los resultados permiten evaluar de forma independiente cada una de las cuatro escalas.

#### **Escala Emocionabilidad o Inestabilidad Emocional (N)**

Puntuaciones centiles altas en esta escala corresponden a una persona inestable emocionalmente, ansiosa, preocupada, con cambios de humor y frecuentemente deprimidas, suele tener problemas de sueño y se queja de diferentes desórdenes psicosomáticos, es exageradamente emotiva, presenta reacciones muy fuertes a todo tipo de estímulos y le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una alta elevación emocional.

Sus fuertes reacciones emocionales le impiden una adecuada adaptación social, actuando de forma rígida e irracional.

Cuando esta puntuación se correlaciona con la Escala Extraversión (E) es probable que el sujeto se muestre quisquilloso e inquieto, excitable e incluso agresivo.

#### **Escala Extraversión (E)**

Puntuaciones centiles altas describen a la persona como extrovertida de la siguiente manera: persona sociable, le gustan las fiestas, tiene muchos amigos, necesita tener alguien con quien hablar y no le gusta leer o estudiar en solitario, busca la excitación, se arriesga, le gusta las bromas, le gusta el cambio, tiene

siempre una respuesta a punto, es despreocupado, optimista, actúa por impulsos del momento y generalmente es impulsivo, prefiere estar moviéndose y haciendo cosas, tiende a ser agresivo y se enfada rápidamente. Su lema es divertirse y ser feliz.

### **Escala Psicoticismo o Dureza (P)**

Puntuaciones centiles altas en esta escala corresponden a una persona de dureza alta, suele ser solitario, despreocupado de las personas, crea problemas a los demás y no congenia con otros fácilmente. Puede ser cruel, inhumano e insensible. Carece de sentimientos y empatía. Se muestra hostil incluso con los más íntimos y agresivo incluso con las personas amadas. Tiene inclinación por cosas raras y extravagantes. Desprecia el peligro. Le gusta burlarse de los demás y ponerlos de mal humor. Presenta problemas de conducta.

### **Escala de Sinceridad (S)**

Mide la sinceridad como polo opuesto al disimulo de muchos sujetos para presentar una buena imagen. Puntuaciones centiles altas en esta escala indican sinceridad.

## **5.6.5 HADS**

La sintomatología depresiva y ansiosa fue evaluada según la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad, HADS por sus siglas en inglés, Hospital Anxiety and Depression Scale. Fue diseñada por Zigmond y Snaith (1983)<sup>(247)</sup> con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos así como de determinar la gravedad de los mismos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos, medios ambulatorios comunitarios o de atención primaria cuando se cumplieran las siguientes condiciones:

- No estar contaminado por la sintomatología de la patología física que presenta el paciente.
- Diferenciar claramente entre los trastornos de tipo depresivo y los de tipo ansioso.

Contiene 14 afirmaciones referidas a síntomas, 7 para ansiedad y 7 para depresión, que miden la presencia y severidad de los síntomas experimentados

durante la semana previa y cuya frecuencia o intensidad es evaluada en una escala tipo likert de 4 puntos que van de 0 a 3. Los ítems que evalúan la ansiedad y los que evalúan depresión aparecen en la escala de forma intercalada. La máxima puntuación que se puede obtener es de 21 puntos.

La adaptación de la versión española que se ha utilizado en el presente estudio mostró índices adecuados de consistencia interna y validez<sup>(266)</sup>. El coeficiente Alfa de Crombach fue de 0.85 y la confianza para las mitades de 0.80. Tanto para la ansiedad como para la depresión se han utilizado los valores de corte recomendados por Zigmond y Snaith<sup>(247)</sup> donde cada persona se agrupa de acuerdo a una clasificación clínicamente probada de morbilidad psiquiátrica, donde una puntuación menor a 8 está dentro del rango normal, entre 8 y 10 son límites y superior a 10 indica morbilidad psiquiátrica. Sin embargo se ha discutido si hay una necesidad para diferentes valores de corte en diferentes poblaciones<sup>(267)</sup>.

### 5.6.6 MINI-MAC

El Mini-Mac es una versión revisada de la escala de adaptación mental al cáncer (Mental Adjustment to Cancer Scale: “MAC”) ampliamente utilizado, y que se ha desarrollado para medir ajuste mental al cáncer en una población general de cáncer.

El Mini-Mac evalúa cinco dimensiones o estrategias de afrontamiento: desamparo-desesperanza, preocupación ansiosa, espíritu de lucha, negación y fatalismo, desglosadas en 29 ítems, siendo igual de válida y más rápida que la versión de 40 ítems de la escala MAC. Los ítems del Mini-Mac se clasifican en una escala tipo Likert de 4 puntos que va desde “estoy muy en desacuerdo” (1) a “estoy muy de acuerdo” (4).

Un número de estudios que analizan las propiedades psicométricas de la escala Mini-Mac han apoyado la fiabilidad de las cinco subescalas<sup>(185-192, 268)</sup>, sin embargo también han propuesto que alguna de las subescalas se pueden combinar para formar subescalas de afrontamiento más generales.

### **5.6.7 FACIT-B**

Para analizar la calidad de vida de las pacientes afectas de cáncer de mama se utilizó el cuestionario FACIT-B 4ª versión, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Breast Cancer o evaluación funcional del tratamiento de enfermedades crónicas, en este caso específico del cáncer de mama. Todos los cuestionarios de calidad de vida y todas las subsescalas relacionadas, traducciones y adaptaciones (“Sistema Facit”) son propiedad y con derechos de autor de David Cella, Ph.D. Cella ha concedido a FACIT.org el derecho a la licencia de uso del Sistema FACIT a terceros. El licenciante declaró y garantizó por escrito una licencia nominativa para utilizar este cuestionario en nuestro estudio (ver Anexo D).

Se trata de un cuestionario autoadministrado que evalúa la calidad de vida en los últimos 7 días a través de 27 ítems que se pueden agrupar en 4 factores: bienestar físico (estado general de salud), familiar y social (ambiente familiar y social), emocional (estado emocional) y funcional (capacidad de funcionamiento personal), además de otro factor específico de cáncer de mama que consta de 10 ítems (otras preocupaciones).

Todos estos ítems están representados con una escala tipo Likert que va de 0 «nada» a 4 «muchísimo». Una puntuación alta indica buena calidad de vida.

El FACIT-B consiste en añadir al Facit-G la subescala de cáncer de mama “Breast Cancer Subscale” (BCS) para complementar la escala general con temas propios de la calidad de vida en esta enfermedad. El FACIT-B fue desarrollado con énfasis en los valores y en la brevedad para los pacientes y está disponible en nueve idiomas. El FACIT-B es apropiado para su uso en ensayos clínicos de oncología así como en la práctica clínica y está acreditada la facilidad de administración, la brevedad, la fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio (269).

### **5.6.8 BIS**

Uno de los temas más complicados en la investigación relativa a la imagen corporal se refiere al tema de la evaluación. Es de interés resaltar que casi todos los trabajos publicados utilizan instrumentos distintos por lo que la generalización de los resultados resulta comprometida. Tal y como expresan

Hopwood (1993) y Yurek (2000) existen dificultades tanto conceptuales como metodológicas porque la imagen corporal coincide en parte con la sexualidad y también con el concepto más amplio de la autoimagen o autoconcepto. Aspectos como el atractivo físico, la feminidad/masculinidad, la confianza en sí misma, pueden ser todos importantes para los conceptos de la imagen corporal o la autoestima <sup>(270, 271)</sup>.

La imagen corporal se ha valorado con la escala BIS (Body Image Scale) de Hopwood (2001) <sup>(272)</sup>. Esta escala está formada por 10 ítems que se puntúan de 0 (nada) a 3 (mucho) en una escala tipo Likert y con rango de puntuación total de 0 a 30. Una puntuación alta en el cuestionario indica mayor alteración de la imagen corporal.

Esta escala evalúa la aceptación de las secuelas físicas que han podido producirse en pacientes con cáncer, en este caso de cáncer de mama, tras haber recibido el tratamiento contra su enfermedad. La escala mostró una alta fiabilidad (alfa de Crombach de 0.93) y buena validez clínica basada en la prevalencia de respuesta, la validez discriminativa ( $p < 0.0001$ , Mann-Whitney test), la sensibilidad al cambio ( $p < 0.001$ , Wilcoxon) y en la consistencia de las diferentes puntuaciones <sup>(272)</sup>.

## 5.7 Variables del estudio

### 5.7.1 Variable independiente principal

La variable independiente principal de este estudio es el Crecimiento Postraumático. La medición de esta variable se ha realizado a través del Inventario de Crecimiento Postraumático PTGI por sus siglas en inglés: Posttraumatic Growth Inventory <sup>(85)</sup>. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 21 ítems que evalúa la percepción de beneficios personales en supervivientes de un acontecimiento traumático. El formato de respuesta es de tipo likert con seis categorías de respuesta en un rango de puntuación de 0 (no cambio) a 5 (muy alto grado de cambio) en sentido positivo, a más puntuación mayor cambio percibido.

El inventario de crecimiento postraumático está constituido por cinco dimensiones<sup>(85)</sup>:

- Factor 1, denominado *Relación con los demás* ( $\alpha= 0,85$ ), evalúa el hecho de que la persona se sienta más unida y cercana a los demás ante las dificultades, incrementa el sentido de compasión hacia los que sufren y que haya una voluntad para dejarse ayudar y utilizar el apoyo social que antes había ignorado.
- Factor 2, denominado *Nuevas Posibilidades* ( $\alpha= 0,84$ ), referido a un cambio en los intereses o actividades de las personas, algunas incluso emprenden nuevos proyectos vitales.
- Factor 3, *Fuerza Personal* ( $\alpha= 0,72$ ), evalúa en qué medida la persona siente que ha sobrevivido a lo peor, confirmando con ello su fortaleza, se siente segura de sí misma y capacitada para superar dificultades, se resume con la expresión “soy más vulnerable de lo que pensaba, pero más fuerte de lo que imaginaba”.
- Factor 4, denominado *Cambio Espiritual* ( $\alpha= 0,85$ ), agrupa la búsqueda de sentido espiritual de las cosas, búsqueda de significado a la vida y planteamientos existenciales de la persona.
- Factor 5, *Apreciación por la Vida* ( $\alpha= 0,67$ ), supone una actitud más relajada ante la vida, cambios en el estilo de vida (p.e. hábitos saludables) o cambios en las prioridades vitales (p.e. valorar pequeñas cosas).

La versión española del cuestionario fue validada en población latina inmigrante<sup>(273)</sup> y ha sido adaptada a pacientes oncológicos<sup>(274)</sup>.

### 5.7.2 Otras variables

Para el análisis estadístico, además de la variable principal, se han codificados las variables sociodemográficas y otras variables con la información recogida en la Entrevista Estructurada del Estudio CPT (anexo C) así como a partir de las escalas utilizadas en el Cuestionario del Estudio CPT (anexo C) y ya descritas en el apartado 5.6.



Tabla 4 Otras variables

CARACTERÍSTICAS DE PARTICIPACIÓN	<b>Causa Pérdida</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No procede-no negativa</li> <li>- Negativa</li> <li>- Extrema gravedad</li> <li>- Abandona</li> <li>- Mayor edad</li> <li>- Asociada a otro cáncer</li> <li>- Patología psiquiátrica</li> <li>- No comprensión del idioma</li> </ul>		
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	<b>Estado Civil</b>	<b>Tipo de Convivencia</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soltera</li> <li>- Casada-pareja</li> <li>- Separada-divorciada</li> <li>- Viuda</li> <li>- Religiosa</li> <li>- No sabe-no datos</li> <li>- No preguntado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sola</li> <li>- Con pareja</li> <li>- Sólo, con hijos</li> <li>- Con hijos y pareja</li> <li>- Con padres</li> <li>- Con familia extensa</li> <li>- En institución</li> <li>- No sabe</li> <li>- Sin datos</li> <li>- No preguntado</li> <li>- Otros</li> </ul>	
CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICO-CULTURALES	<b>Nivel de Estudios</b>	<b>Situación Laboral</b>	<b>Situación Económica</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Título de grado superior</li> <li>- Título de grado medio</li> <li>- Bachillerato-fp</li> <li>- Graduado escolar</li> <li>- Sin estudios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activo</li> <li>- Incapacidad laboral temporal</li> <li>- Incapacidad laboral permanente</li> <li>- Jubilada</li> <li>- Otra situación</li> <li>- No sabe-sin datos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;500 euros/mes</li> <li>- 500-1000 euros/mes</li> <li>- 1000-2000 euros/mes</li> <li>- &gt;2000 euros/mes</li> </ul>
CARACTERÍSTICAS MÉDICAS DE LA ENTREVISTADA	<b>Edad al diagnóstico</b>	<b>Tipo de Tumor</b>	<b>Grupo Pronóstico</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carcinoma lobular in situ</li> <li>- Carcinoma ductal in situ</li> <li>- Carcinoma ductal infiltrante</li> <li>- Carcinoma lobular infiltrante</li> <li>- Otros tipos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estadio 0</li> <li>- Estadio IA</li> <li>- Estadio IB</li> <li>- Estadio IIA</li> <li>- Estadio IIB</li> <li>- Estadio IIIA</li> <li>- Estadio IIIB</li> <li>- Estadio IIIC</li> <li>- Estadio IV</li> </ul>
	<b>Clasificación Molecular</b>	<b>Situación Ginecológica</b>	<b>Antecedentes de Enfermedad</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luminal A</li> <li>- Luminal B</li> <li>- Her2</li> <li>- Basal like</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre-menopausia</li> <li>- Perimenopausia</li> <li>- Postmenopausia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes leves</li> <li>- Antecedentes graves</li> <li>- No existen antecedentes</li> </ul>
	<b>Tratamiento psicológico durante la enfermedad</b>	<b>Apoyo</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si / No</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo padres</li> <li>- Apoyo pareja</li> <li>- Apoyo hijos</li> <li>- Apoyo otros</li> </ul>	
<b>Situación vital más estresante</b>	<b>Pertenencia a una asociación de pacientes con CM</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Según escala Holmes y Rahe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si / No</li> </ul>		

## 5.8 Análisis estadístico

El análisis y procesamiento de la base de datos del estudio se ha realizado con IBM® SPSS® Statistics® Versión 20.0 para Mac OS.

En primer lugar se hizo un análisis descriptivo y global de todas las variables creadas para este estudio. Para el análisis de las variables cualitativas se calcularon las frecuencias relativas y absolutas y para el análisis de las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión.

En el manejo de los datos y variables se aplicó la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado de Pearson para mostrar la asociación entre variables cualitativas independientes y obtener el nivel de significación estadística correspondiente que se estableció para un valor de  $p$  menor de 0,05 correspondiente a un nivel de confianza del 95% [ $p < 0,05$ , IC(95%)]. En esta prueba obtuvimos los resultados distribuidos en una tabla de contingencia con las variables seleccionadas y otra tabla con el valor de Chi-cuadrado resultante ( $\chi^2$ ), los grados de libertad (gl) y el valor de significación (Sig.). La interpretación de los resultados resulta de forma que cuanto mayor sea el valor de ( $\chi^2$ ), menos verosímil es que la hipótesis sea correcta. De la misma forma, cuanto más se aproxime a cero el valor de chi-cuadrado, más ajustadas estarán ambas distribuciones.

La prueba T para muestras independientes se utilizó para comparar las medias de dos grupos de casos, es decir, la comparación se ha realizado entre las medias de dos poblaciones independientes (los individuos de una de las poblaciones son distintos a los individuos de la otra). A través de esta prueba se determina si existe una relación entre una variable categórica y una variable escala. El objetivo es determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa en el promedio de una variable categórica y si existe definir cual de las medias es mayor.

Para modelar la probabilidad de un evento ocurrido como función de otros factores se empleó la Regresión Logística Binaria que es un tipo de análisis de regresión utilizado para predecir el resultado de una variable categórica en función de las variables independientes o predictoras.

Para estimar si hubo cambios en el estado de las pacientes a lo largo de la línea temporal del estudio se compararon los resultados de las escalas al mes, a los seis meses y al año en relación a la intervención quirúrgica.

# 6

## Resultados

### 6.1 Características de la muestra

Entre enero 2011 y diciembre 2013 en el Bloque Quirúrgico del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (H.C.U.) fueron seleccionadas e intervenidas quirúrgicamente de cáncer de mama un total de 101 pacientes, siendo la muestra definitiva del estudio de 54.

A todas las pacientes, en este caso mujeres con cáncer de mama, se les realizó un seguimiento durante los días posteriores a la intervención con la finalidad de iniciar su participación en el estudio. Como se ha comentado anteriormente dicha participación se realizaba por un lado con la entrevista semiestructurada realizada al mes sobre datos sociodemográficos, médicos y psicológicos a la que se añadía la Escala de Holmes y Rahe, y por otro con unos cuestionarios y seguimientos en tres momentos preestablecidos, al mes, a los seis meses y al año de la intervención. En el gráfico 5 se muestra el porcentaje de participación de la muestra en cada uno de estas actuaciones.

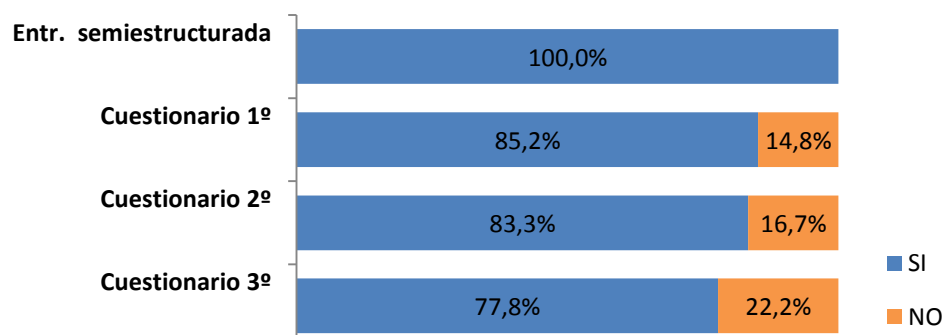


Gráfico 5 Distribución de la muestra según la participación en el estudio

Como se puede ver el 100% de la muestra final que decidió participar en el estudio realizó la entrevista semiestructurada, sin embargo la participación en los cuestionarios a lo largo de los tres períodos disminuyó de forma progresiva con un 85.2% para el primer cuestionario, un 83.3% para el segundo y un 77.8% para el tercero.

Por lo que respecta a las causas de abandono o pérdida de pacientes a la hora de realizar la entrevista y cuestionarios del estudio, las más frecuente, con un 36,2%, es la negativa a la participación en el estudio generalmente relacionada con el malestar clínicamente significativo como ya se ha mencionado en el apartado material y métodos del estudio (ver 5.3.).

Le sigue otras causas también importantes como las de mayor edad con un 19,1% y las pacientes con patología psiquiátrica con un 17%. Un 8,5% lo hacen por exitus lo que casi se coincide con el porcentaje de mortalidad de mujeres con cáncer de mama. En igual porcentaje aparecen mujeres asociadas a otro cáncer.

Por último las causas menos frecuentes se corresponden con mujeres con cáncer de mama con extrema gravedad con un 4,3% y un 6,4% aquellas que no comprendían el idioma.

**Tabla 5** Distribución de la muestra según Causas de Pérdida.

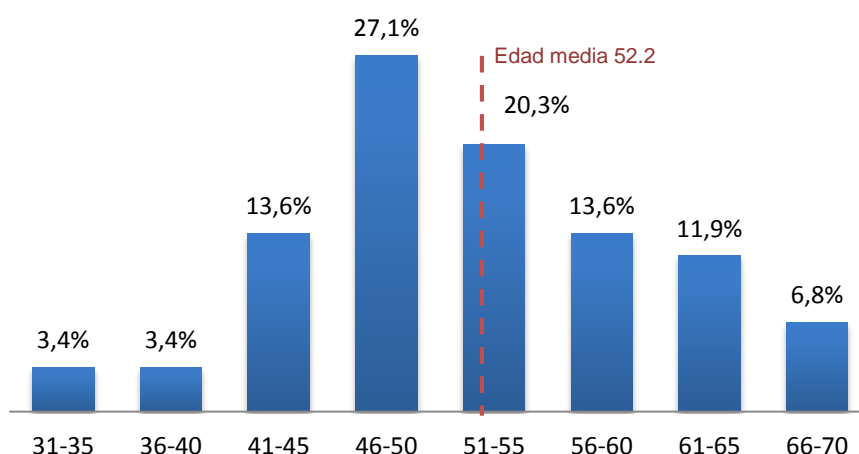
Causas de Pérdida	%
Exitus	8,5%
Extrema gravedad	4,3%
Negativa	36,2%
Mayor edad	19,1%
Asociada a otro cancer	8,5%
Patología psiquiátrica	17,0%
No comprensión idioma	6,4%

### 6.1.1 Características sociodemográficas

La edad media de las pacientes fue 52,20 años (DE= 8,460), la paciente más joven tenía 31 años y la de mayor edad 68 años siendo la mediana de 51 años. Si distribuimos los años en rangos de edad obtenemos que el mayor porcentaje de mujeres está entre los 46 y 50 años con un 27,1%.

Siguiendo la distribución normal de la muestra obtenemos que el mayor porcentaje de mujeres se encuentra por encima de los 50 años con un 52,6% , sin embargo las mujeres más jóvenes, edad inferior a los 50 años aparecen en un porcentaje no muy inferior 47,5%.

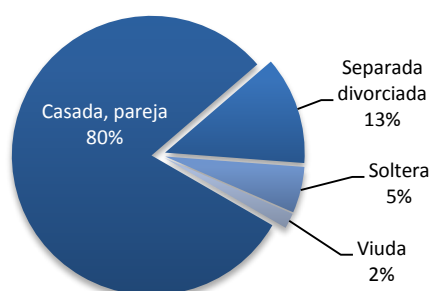
Se puede destacar como se refleja en el gráfico que en el rango de los 46 años a los 55 años es en el que más se concentran las mujeres con cáncer de mama de este estudio, con un porcentaje acumulado de 47,4%.



**Gráfico 6** Distribución de la muestra según Edad

Del total de los pacientes entrevistados y con respecto al estado civil el mayor valor de forma significativa corresponde a los que estaban casados o tenían pareja con un 80,4%, característica sociodemográfica que apoya sustancialmente una mayor adaptación de la mujer a su enfermedad.

Le siguen en porcentajes claramente inferiores las que estaban separadas o divorciadas, solteras y en último lugar las viudas, siendo los valores respectivamente 12,5%, 5,4% y 1,8%.



**Gráfico 7** Distribución de la muestra según Estado civil

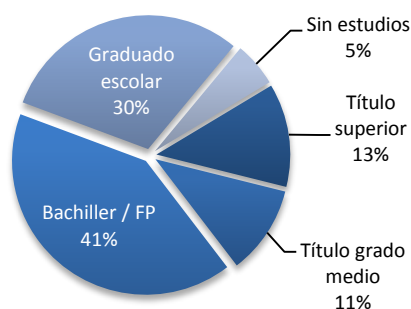
Con respecto al tipo de convivencia, el porcentaje de los que vivían con hijos y pareja era el tipo más frecuente entre todas las mujeres con un 59.3%, siguiéndole con un 18.6% las mujeres que vivían en pareja, con un 6.8% correspondía a las que vivían solas y con hijos, un 3.4% para las que vivían los padres y el menor porcentaje para las mujeres que vivían con familia extensa y otros con un 1.7% respectivamente.

**Tabla 6** Distribución de la muestra según tipo de Convivencia

Tipo de Convivencia	%
Con hijos y pareja	59,3%
Con pareja	18,6%
Sola	6,8%
Sola, con hijos	3,4%
Con padres	3,4%
Con familia extensa	1,7%
Otros	1,7%

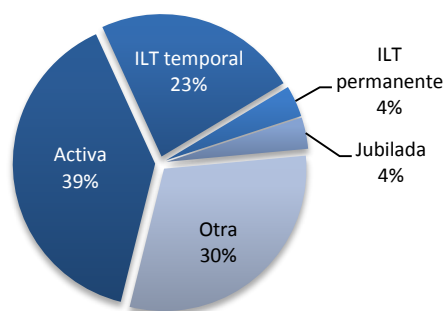
### 6.1.2 Características económico-culturales

El nivel de estudios académicos que presentan las mujeres con cáncer de mama en este estudio se distribuye de la siguiente manera: el mayor porcentaje lo ocupan las mujeres que estudiaron bachillerato o formación profesional con un 41.1%, le sigue las que tiene el graduado escolar con un 30.4%. Con respecto a estudios académicos superiores destacan con título superior un 12.5% de las mujeres y con titulación de grado medio un 10.7%, lo que de forma relativa significa que 23.2% habían estudiado una carrera universitaria frente a un 76.8% de las mujeres que no la habían estudiado.. Con el menor porcentaje encontramos sin estudios al 5.4%.



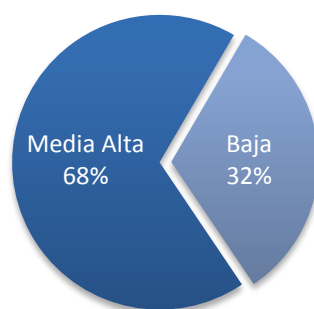
**Gráfico 8** Distribución de la muestra según el Nivel de Estudios

La situación laboral de las mujeres con cáncer de mama en el momento de la entrevista fue la siguiente, el mayor porcentaje obtenido fue de las mujeres con cáncer de mama que estaban en activo con un 39.3%. El resto de situaciones laborales resultaron con porcentajes inferiores, con incapacidad laboral temporal un 23.2%, con incapacidad laboral permanente un 3.6%, jubiladas un 3.6% y en otra situación un 30.4%.



**Gráfico 9** Distribución de la muestra según la Situación Laboral

Haciendo referencia a la situación económica de la distribución de la muestra clasificada en dos modalidades, situación económica media-alta y situación económica media-baja, las mujeres con cáncer de mama pertenecientes a este estudio eran mayoritariamente pertenecientes a la situación socioeconómica media-alta con un 67.9% frente al 32.1% de las mujeres con una situación socioeconómica media-baja.



**Gráfico 10** Distribución de la muestra según la Situación Económica

### 6.1.3 Características médicas

Una de las características médicas que se recogían en las entrevistas realizadas a las pacientes con cáncer de mama era el tipo de tumor que padecían,

esta característica se recogía en el informe de anatomía patológica de cada paciente obtenido durante la segunda o tercera semanas tras la intervención quirúrgica. En los resultados encontramos según su clasificación que en su mayoría con un 88.7% poseían un carcinoma ductal infiltrante (CDI), siendo el más frecuente actualmente en el 85% de los casos <sup>(275, 276)</sup>. Con porcentajes inferiores se muestra un 8.1% con carcinoma lobular infiltrante (CLI), con un 1.6% carcinoma ductal in situ y otros tipos de carcinoma con un 2%.

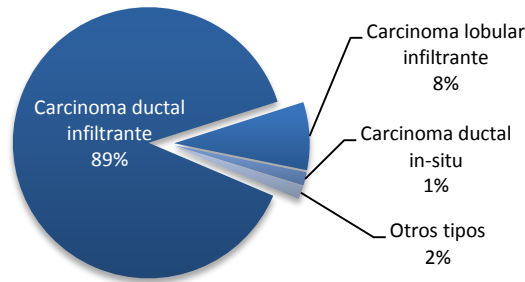


Gráfico 11 Distribución de la muestra según el Tipo de tumor

Con respecto al grupo pronóstico y basándonos en la clasificación proporcionada por el Comité conjunto americano de cáncer AJCC (American Joint Committee on Cancer (277), el porcentaje más frecuente entre todas las mujeres fue el Estadío IA con un 46,6%, siguiéndole en porcentaje el Estadío IIA con un 32,8%. Con porcentajes considerablemente inferiores y de peor pronóstico resultaron, con el mismo peso los Estadíos 0, IIB y IIIA, con un 5.2%; el Estadío IIIB con 3.4% y el Estadío IV con un 1.7%.

Se puede destacar que más de la mitad de la muestra de mujeres con cáncer de mama poseían un estado no avanzado de la enfermedad.

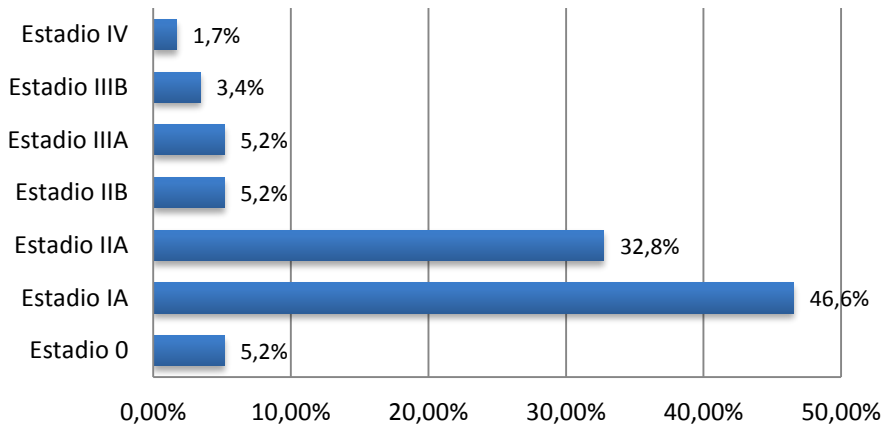
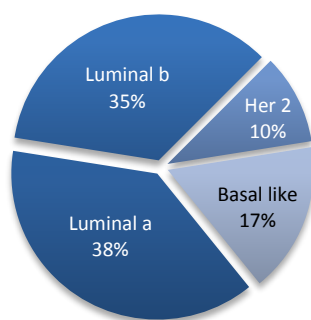


Gráfico 12 Distribución de la muestra según Grupo Pronóstico

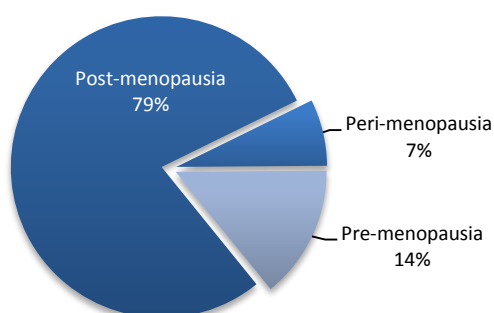


Según la distribución de la muestra atendiendo a la clasificación molecular, el mayor porcentaje era proporcionado por las mujeres que pertenecían al grupo Luminal A con un 38%, le sigue con un valor inferior el grupo Luminal B con un 35%, el grupo Basal like con un 16.7% y el Her2 con un 10%. Se puede destacar que el mayor porcentaje obtenido corresponde a las mujeres con el tipo de grupo molecular con pronóstico más favorable, el Luminal A.



**Gráfico 13** Distribución de la muestra según la Clasificación Molecular

Haciendo referencia a la situación ginecológica de las mujeres con cáncer de mama, el mayor porcentaje corresponde a las mujeres postmenopáusicas con un 78,6%. Este hallazgo resulta coherente puesto que el mayor porcentaje de mujeres con más de 50 años según la distribución de la muestra es de 52.6%. Un 14,3% eran premenopáusicas y el menor porcentaje con un 7,1% lo ocupan las mujeres perimenopáusicas.



**Gráfico 14** Distribución de la muestra según la Situación Ginecológica

### 6.1.4 Características psicológicas

Otra de las características recogidas en la entrevista hace referencia a los antecedentes psicológicos de ansiedad y/o depresión de las pacientes. Los resultados muestran que mayoritariamente las mujeres presentaban antecedentes psicológicos con un 73% frente a un 16% de las mujeres con antecedentes leves y en último lugar pacientes con antecedentes graves con 10,7%. Las pacientes que colaboraron en el estudio, como se ha comentado anteriormente, padecían menos malestar clínicamente significativo con respecto a las que no quisieron colaborar, de ahí el mayor porcentaje obtenido en la distribución de la muestra por las mujeres sin antecedentes psicológicos del estudio.

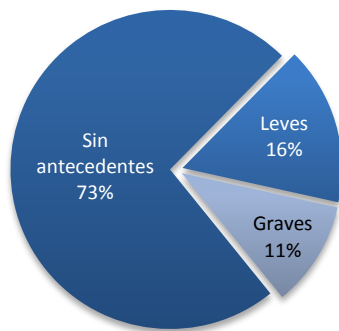


Gráfico 15 Distribución de la muestra en base a los Antecedentes de Enfermedad Psicológica

Las mujeres con cáncer de mama que han tenido que recibir tratamiento durante la enfermedad son un 26.8% frente a un 73.2% que no lo han precisado.

Otra de las características importantes que se han valorado en este estudio es el apoyo social que han tenido las mujeres con cáncer de mama durante su enfermedad, pudiendo proceder este de varias fuentes: padres, pareja, hijos, amigos y otros.

Las mujeres que han recibido apoyo de los padres durante la enfermedad son un 62.5%, un 3.6% no lo han tenido y en un 33.9 % los padres ya no viven.

Con respecto al apoyo de la pareja, las mujeres que sí han recibido apoyo corresponde a la gran mayoría de la muestra, con un 85.7%, un 3.6% no ha tenido este apoyo y un 10.7% no tiene pareja. El apoyo de los amigos prevalece

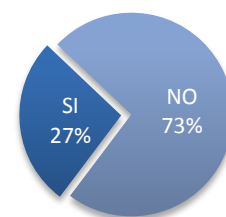


Gráfico 16 Distribución de la muestra según Tratamiento Psicológico durante la enfermedad previa

casi en la totalidad de la muestra con un porcentaje de un 98.2% frente a un mínimo de 1.8% que no lo han tenido.

El apoyo de los hijos prevalece de la misma manera con un 83.9% frente a los que no reciben apoyo con un 3.6%, resultando un 12.5% que no tiene hijos. Las mujeres que reciben otros tipos de apoyo vienen a ser en su mayoría con un 76,8% frente a 23,2% que no reciben ningún otro.

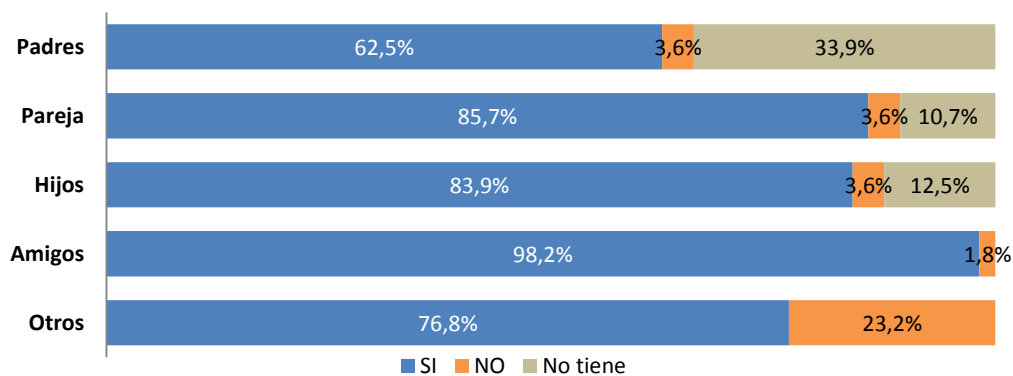


Gráfico 17 Distribución de la muestra según el Apoyo Sociofamiliar

## 6.2 Estadísticos descriptivos principales

### 6.2.1 Crecimiento postraumático

El crecimiento postraumático en las mujeres estudiadas con cáncer de mama a lo largo del primer año según el Cuestionario PTGI evoluciona de forma ascendente con ligeros incrementos, siendo la mayor puntuación obtenida al año de ser intervenida. La media de crecimiento postraumático en el primer período es de 59,25 (DE= 23,014), a los seis meses meses la media fue algo superior resultando ser de un 60,08 (DE= 26,22), y en el tercer cuestionario, recogido al año, la media de crecimiento postraumático resultó ser de 62,26 (DE= 25,570).

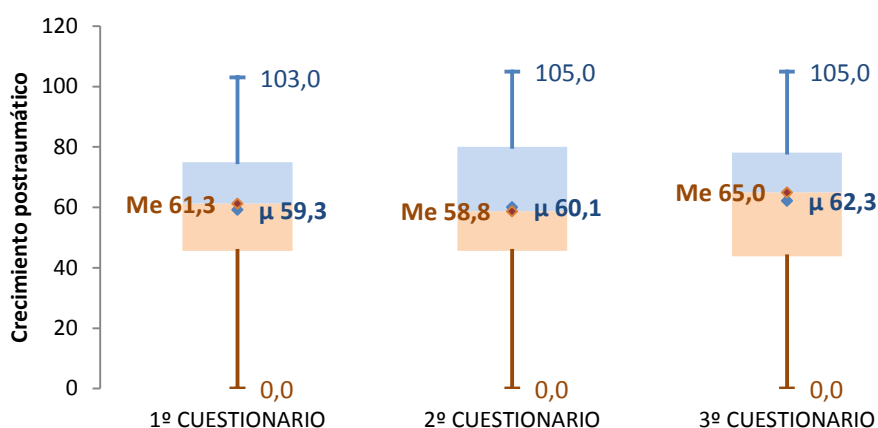


Gráfico 18 Valores descriptivos del Crecimiento Postraumático (Box-plot)

### 6.2.2 Calidad de vida

La calidad de vida obtenida como resultado del Cuestionario FACIT-B aplicado a las mujeres con cáncer de mama en este estudio, evoluciona de forma ascendente a lo largo del primer año. Así, la media obtenida al primer mes de ser intervenida resulta de un 96,47 (DE= 18,24), a los seis meses de ser intervenido resulta de 95,19 (DE= 20,38) y al año se incrementa de forma más notable con una media de 105,02 (DE=18,82).

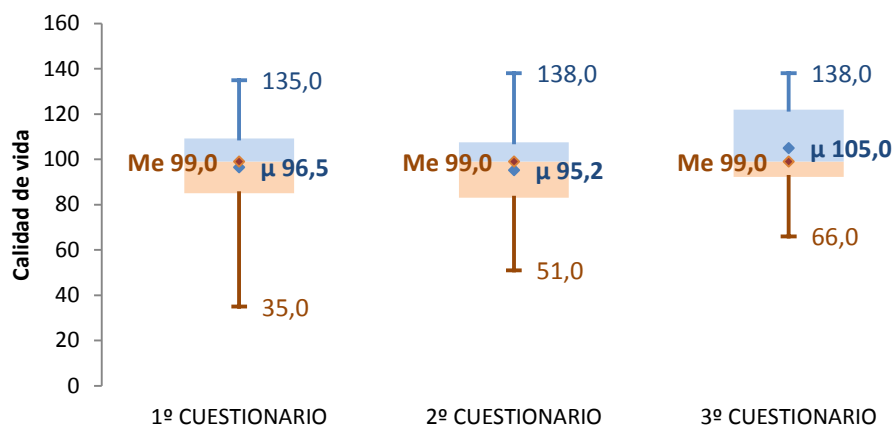


Gráfico 19 Valores descriptivos de la Calidad de Vida (Box-plot)

### 6.2.3 Adaptación psicológica al cáncer

El ajuste mental al cáncer de las mujeres con cáncer de mama según la escala Mini-Mac evoluciona de forma positiva a lo largo del primer año, siendo el valor más alto obtenido al año de la intervención quirúrgica.

La media al primer mes resultó de 66,27 (DE= 8,315), a los seis meses se incrementó mínimamente a 66,69 (DE= 12,376) y seis meses después, al año de la intervención, ascender a 70,14 (DE= 11,05).

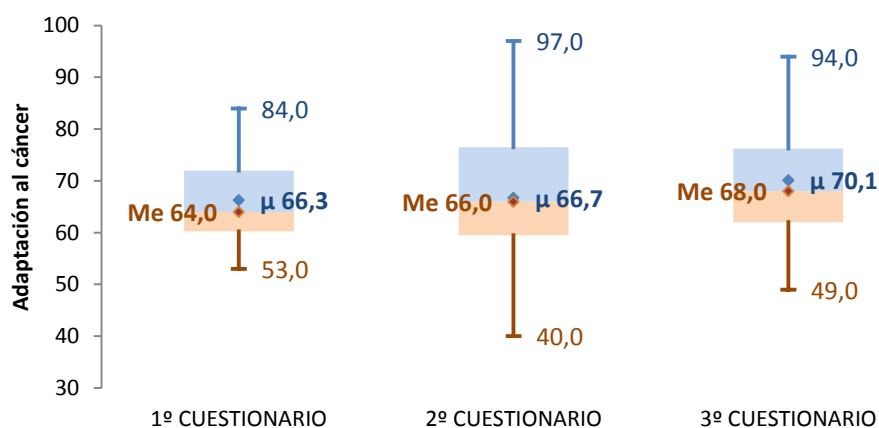


Gráfico 20 Valores descriptivos de la Adaptación psicológica al cáncer (Box-pot)

### 6.2.4 Imagen corporal

La evolución de la percepción de la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama según las puntuaciones obtenidas en la Escala BIS es ascendente

del primer mes a los seis meses, con una media de 4.80 (DE= 5.51) al mes y media de 7.42 (DE= 6.59) a los seis meses.

Al año desciende un poco la media pero sigue siendo superior frente al primer mes con un valor de 6.69 (DE= 6.77).

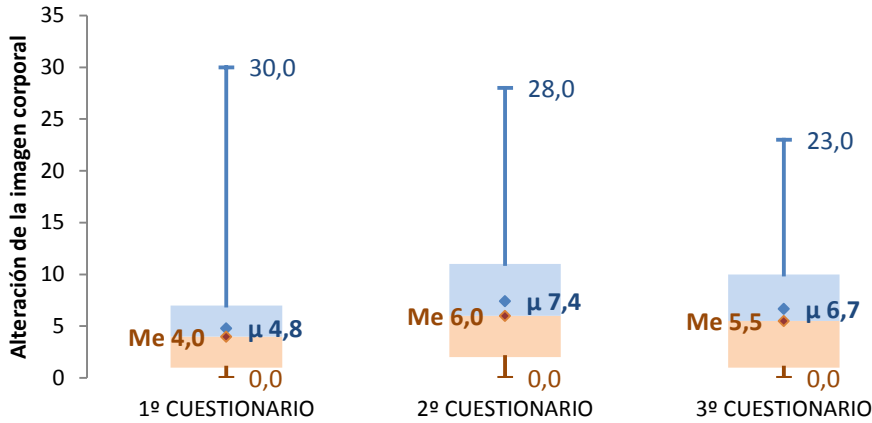


Gráfico 21 Valores descriptivos de la Alteración de la Imagen Corporal (Box-plot)

### 6.2.5 Ansiedad y depresión

La evolución de la ansiedad según la escala HADS en las mujeres con cáncer de mama se mantiene casi constante con un ligero incremento en el segundo período durante el primer año. La media en el primer mes resultó 6.64 (DE= 3.206) y varianza de 10.28, a los seis meses 6.87 (DE= 3,57) y varianza de 12.75. Al año vuelve a disminuir un poco, con una media de 6.46 (DE= 3.155) y varianza de 9.95.

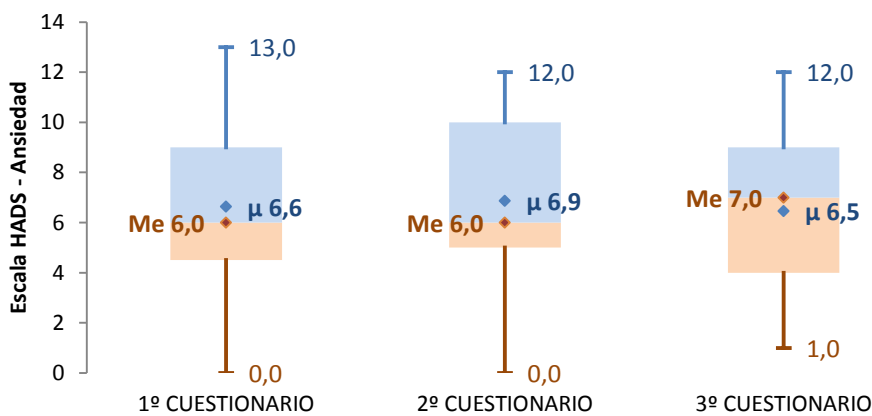
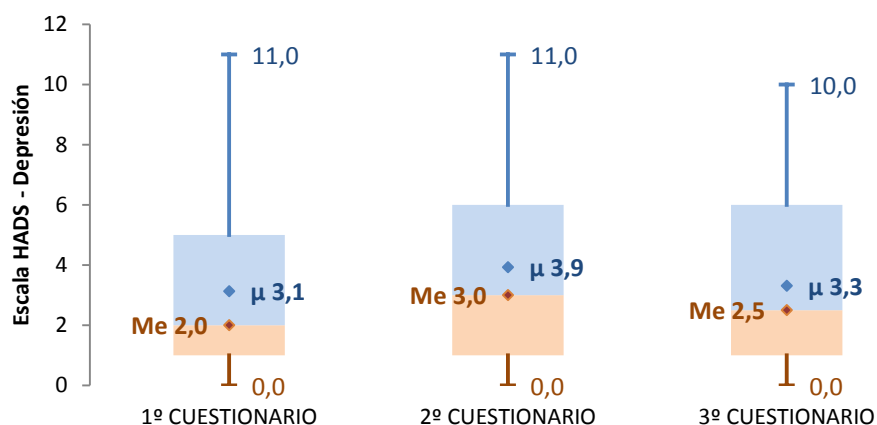


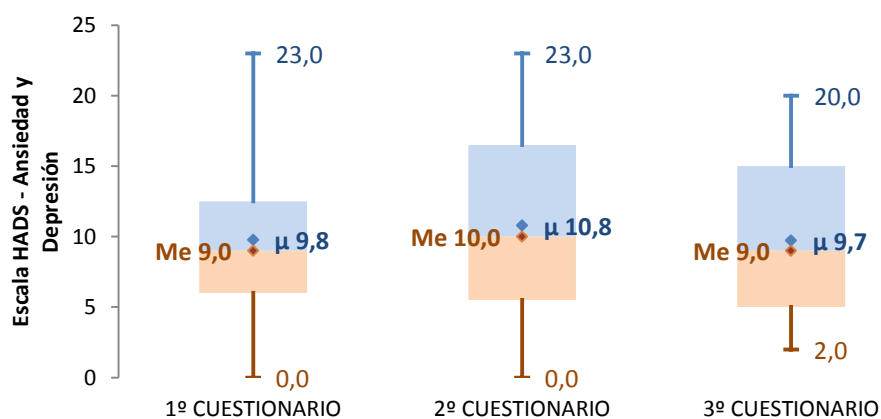
Gráfico 22 Valores descriptivos de la escala HADS-Ansiedad (Box-plot)

La evolución de la depresión según la escala HADS en las mujeres con cáncer de mama se incrementa en el segundo período, hasta los seis meses, para luego estabilizarse y decrecer un poco. La media en el primer mes resultó de 3.13 (DE= 2,608) y una varianza de 6.8, a los seis meses 3.93 (DE= 3.12) y varianza de 9.74 y al año la media resultó 3.31 (DE= 2.78) y varianza de 7.78.



**Gráfico 23** Valores descriptivos de la escala HADS-Depresión (Box-plot)

Los resultados globales de la escala HADS en los tres períodos de la entrevista evolucionan a la par que la ansiedad y depresión resultando una media en el primer mes de 9.78 (DE= 5.12) y varianza de 26.26, a los seis meses de 10.8 (DE= 6.25) y varianza de 39.16 y al año de 9.74 (DE= 5.36) y varianza de 28.78.



**Gráfico 24** Valores descriptivos de la escala HADS Ansiedad y Depresión (Box-plot)

### **6.2.6 Personalidad**

Las mujeres con cáncer de mama de este estudio según los resultados del Cuestionario de Personalidad EPQA muestran que el rasgo de Extroversión es el predominante en los tres períodos de la entrevista sobre el Neuroticismo, Psicoticismo y la Sinceridad. Siguiéndole en los resultados de la media en segundo lugar el Psicoticismo, el Neuroticismo en tercer lugar y en cuarto lugar la Sinceridad.

La media de Extroversión fue aumentando de forma progresiva a lo largo del primer año, obteniendo una media en el primer cuestionario de 44 (DE= 27.412) y varianza de 751.40, en el segundo cuestionario resultó ser de 48.17 (DE= 28.148) y varianza de 792.31 y al año, en el tercero de 50.94 (DE= 27.722) y varianza de 768.51.

El rasgo de Psicoticismo se caracterizó por medias altas con respecto al Neuroticismo y Sinceridad en los tres períodos. En el primer mes se obtuvo una media de 41,34 (DE=24,522) y varianza de 601,31, a los seis meses, en el segundo cuestionario resultó una media de 38,97 (DE=29,045) y varianza de 843,62, y al año se obtuvo una media de 42,69 (DE=29,539) y varianza de 872,54.

El Neuroticismo obtuvo una media al primer mes de ser intervenido quirúrgicamente de 22.39 (DE= 22.241) y varianza de 494.67, a los seis meses se obtuvo una media de 30.31 (DE= 28.775) y varianza de 827.99, y al año en el tercer cuestionario obtuvimos una media de 15.19 (DE= 24.287) y varianza de 589.83.

Con respecto al rasgo Sinceridad resultó una media en el primer mes de 17.45 (DE= 17,162) y varianza de 294.52, a lo seis meses la media fue de 11.75 (DE =18.6) y varianza de 345.96 y al año de 10.38 (DE= 18.447) y varianza de 340.30.



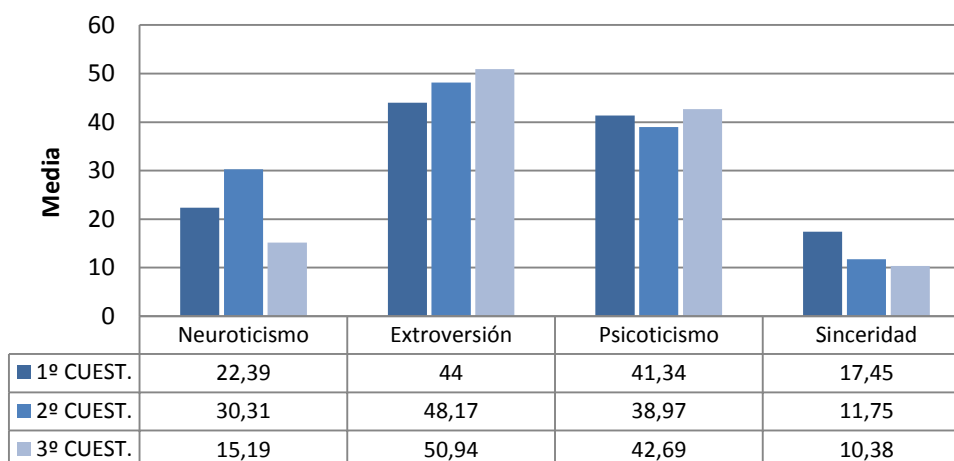


Gráfico 25 Valores descriptivos de los Rasgos de Personalidad según EPQA

### 6.2.7 Situaciones vitales más estresantes

La Escala de Holmes y Rahe de acontecimientos vitales estresantes, nos ha permitido medir la magnitud de las situaciones estresantes que han sufrido las mujeres con cáncer de mama pertenecientes al estudio en los doce meses anteriores. Para ello se estudió en cada paciente si había pasado por alguna o ninguna situación vital estresante en el último año y de ser así cuáles habían sido, estimando en función de la puntuación total obtenida en la escala la existencia o no de riesgo a la hora de enfermar.

De manera descriptiva se puede observar que las mujeres con cáncer de mama del estudio que han pasado por una situación vital estresante representan un 58,9%, le siguen las que han pasado por dos situaciones vitales estresantes con un 25%, las que ha tenido 3 situaciones con un 8,9% y las de más de 3 con un 5,4%. Tan sólo un 1,8% de las patientse no han pasado por ninguna.

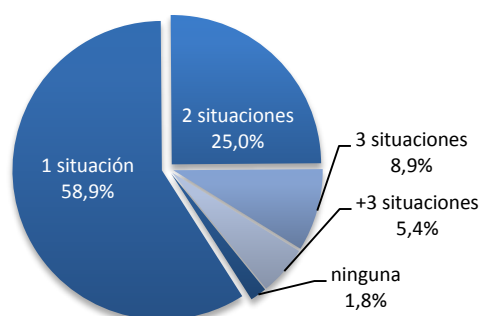


Gráfico 26 Distribución en función del Número de Situaciones vitales estresantes

Según el total de puntuación obtenido en la Escala de Holmes y Rahe obtenemos que el porcentaje de mujeres que tienen riesgo de enfermar es inferior a las que no tienen riesgo de enfermar. Siendo un 10,7% frente a un 89,3%.

Si hacemos referencia a la situación vital más estresante por la que ha pasado cada mujer con cáncer de mama en caso de que haya pasado por una o varias situaciones en el momento de la entrevista, se puede destacar que la situación más frecuente valorada por ellas como más estresante es la muerte de un familiar cercano con un porcentaje de un 50.9%. Siguiéndole en frecuencia estaría el cambio de salud de un miembro de la familia con un 16.4%, y ya en porcentajes más bajos con un 9.1% la lesión o enfermedad personal, con un 7.3% el cambio en las condiciones de vida y con un 3.6% el despido de trabajo. Con el mismo porcentaje aparece con un 1.8% varias situaciones estresantes como son, la muerte del cónyuge, divorcio, separación matrimonial, muerte de un familiar cercano, matrimonio y paro.

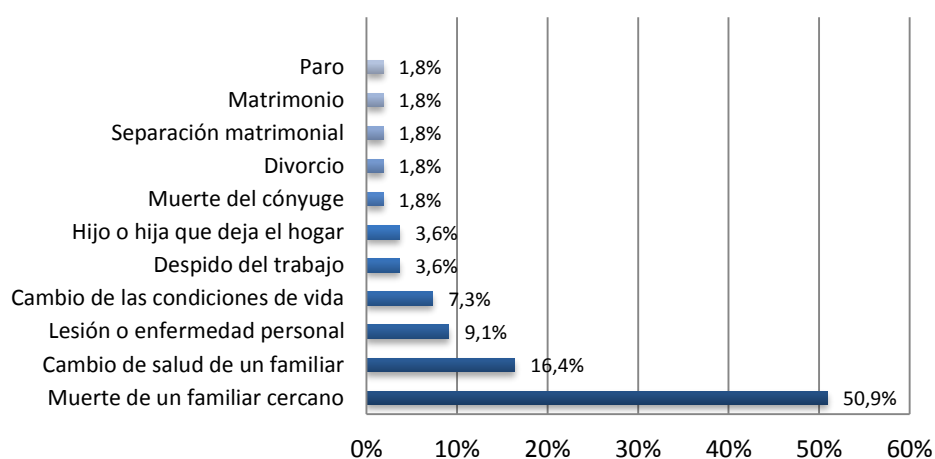


Gráfico 27 Distribución en función del Tipo de Situaciones vitales estresantes

### 6.3 Resultados hipótesis principal. Crecimiento postraumático y su vinculación con asociación de pacientes

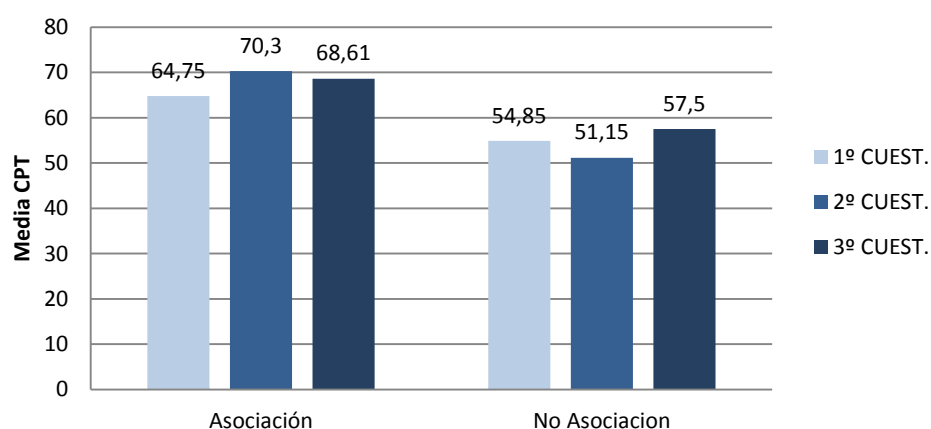
Tomando como referencia la media de las medidas de los diferentes crecimientos postraumáticos que resultan en los tres períodos de este estudio, obtenemos al mes una puntuación media de 46.37, a los 6 meses 44.6 y al año

44.79. Se fija como media y valor de referencia 44 para crear las variables de crecimiento en los tres períodos establecidos.

Con respecto al resultado de la hipótesis principal, se obtiene de forma significativa una prevalencia mayor de crecimiento postraumático en las mujeres vinculadas a una asociación con respecto a las que no lo están en los tres períodos estudiados, además de una diferencia de las puntuaciones muy cercanas a los +/- 15 puntos planteados en la hipótesis. Así, en el primer mes la media de crecimiento postraumático resulta ser de 54.85 (DE= 26.46) en pacientes que no acuden a una asociación de pacientes con cáncer, a diferencia de las pacientes que sí han acudido a una asociación de pacientes con cáncer donde la media aumenta a un 64.75 (DE= 16.86).

A los seis meses la media resulta de 51.15 (DE= 30.32) en las pacientes que no acuden a una asociación de pacientes. Con respecto a las pacientes que sí han acudido a la asociación de pacientes, la media aumenta de nuevo, siendo de 70.30 (DE= 15.82).

A los 12 meses la media de los pacientes que no han acudido a una asociación resulta de 57.50 (DE= 29.32), inferior con respecto a las pacientes que sí han acudido a una asociación de pacientes 68.61 (DE= 18.41). La diferencia de medias en las puntuaciones del PTGI resulta de 9.9 ; 19.15 y 11.11 respectivamente en los tres períodos, muy cercana a los +/- 15 puntos planteados en la hipótesis.



**Gráfico 28 Hipótesis principal - Crecimiento Postraumático / Asociación**

La diferencia en las desviaciones estándar son de 9.6%, 14.50% y 10.91% respectivamente.

En el estudio cualitativo, realizando la prueba de *Chi-cuadrado de Pearson*, en el segundo y tercer período estudiado (a los seis meses y al año respectivamente) encontramos significación estadística entre crecimiento postraumático y pertenencia a una asociación de pacientes con un valor de  $p= 0.008$  y  $p= 0.05$  respectivamente.

Sin embargo, en el estudio del primer mes no se encuentra significación estadística pero resulta muy cercana a la misma ( $p= 0.078$ ), de forma que si aumentáramos el tamaño muestral acabaría resultando significativa.

En el *análisis de regresión logística binaria* de las mujeres con cáncer de mama en el primer período estudiado (al mes de ser intervenidas) obtenemos que no existe suficiente potencia estadística ( $p= 0.095$ ) a pesar de que tienden a crecer hasta 4 veces más las que pertenecen o están vinculadas a una asociación de pacientes frente a las que no ( $OR= 4,214 [IC=0,779-22,796]$ ). Con respecto a la edad se obtiene que influye a peor, cuanto más mayores son las mujeres con cáncer de mama, vinculadas o no a la asociación, crecen menos pero aún así la asociación tiende a servir.

A los seis meses se obtiene una probabilidad de 12 veces más de que las mujeres con cáncer de mama vinculadas con una asociación tengan más crecimiento postraumático que las que no están vinculadas con una potencia estadística de ( $p= 0,025$ ), ( $OR=12,091 [IC=2,5-8,9]$ ). Resulta multiplicada por 3 la probabilidad de crecer con respecto al primer período estudiado. Con respecto a la edad se obtiene que influye a peor, cuanto más mayores son las mujeres con cáncer de mama, vinculadas o no a la asociación, crecen menos.

**Tabla 7 Modelo bivariado de Crecimiento Postraumático prevalente según pertenencia a asociación ajustado por edad en los tres cuestionarios recogidos. Coeficientes y significación.**

	B	E.T.	Wald	Gf	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR		
							Inferior	Superior	
<b>Pertenencia a Asociación</b>	1º Cuest.	1,438	0,861	2,789	1	<b>0,095</b>	4,214	0,779	22,796
	Edad	-0,021	0,046	0,200	1	0,655	0,980	0,895	22,796
	2º Cuest.	2,492	1,113	5,012	1	<b>0,025</b>	12,091	1,364	107,187
	Edad	-0,041	0,049	0,700	1	0,403	0,960	0,873	1,056
	3º Cuest.	1,579	0,866	3,325	1	<b>0,068</b>	4,849	0,888	26,460
	Edad	-0,037	0,046	0,637	1	0,425	0,964	0,880	1,055

Al año, la probabilidad de que las mujeres con cáncer de mama vinculadas a una asociación tengan más posibilidad de crecer se multiplica por casi 5, siendo su asociación muy cercana a la significación ( $p=0,068$ ), ( $OR=4,849$  [ $IC=0,888-26,460$ ]). Al igual que al mes y a los seis meses la edad influye a peor, cuanto más edad tienen las mujeres con cáncer de mama, vinculadas o no a la asociación, crecen menos.

## 6.4 Resultados hipótesis secundarias

### 6.4.1 Calidad de vida y su vinculación con asociación de pacientes

La media de la calidad de vida de las pacientes que acuden a una asociación al mes de ser intervenidas quirúrgicamente fue considerablemente inferior, con un valor de 87.68 (DE= 19.30), frente a los pacientes que no acudían a ninguna asociación, con una media de calidad de vida de 103.50 (DE= 14.10). Con respecto a los seis meses de la primera entrevista las pacientes que acuden a la asociación tienen una media de calidad de vida de 86,41 (DE= 19.37) frente a una media de 102.88 (DE= 18.34) de pacientes que no acudían a ninguna asociación.

Si hacemos referencia al año de ser intervenidas quirúrgicamente la media de la calidad de vida de las pacientes que acudían a una asociación era de 98.66 (DE= 17.15) frente a una media de 109.79 (DE= 18.93) de pacientes que no acudían a ninguna asociación.

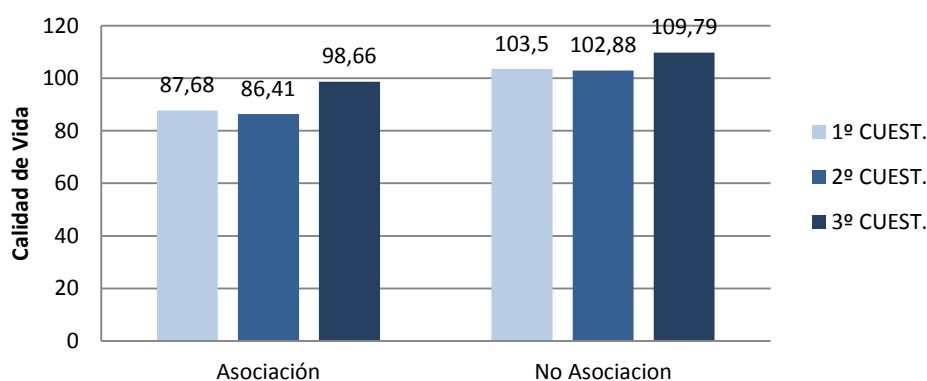


Gráfico 29 Hipótesis 1 - Calidad de vida / Asociación

La diferencia de medias en las puntuaciones obtenidas en la escala FACIT-B en los tres períodos respectivamente resulta de 15.82, 16.47 y 11.13, muy cercano a los +/-15 puntos planteados en la hipótesis.

La diferencia de las desviaciones típicas en los tres períodos fue de 5.203%, 1.034% y 1.782% respectivamente.

En el análisis cualitativo utilizando la prueba de *Chi-cuadrado de Pearson* se confirma que existe significación estadística en los tres períodos establecidos,  $p=0.002$  al mes,  $p=0.009$  a los seis meses y  $p=0.043$  a los 12 meses. Las mujeres con cáncer de mama con peor calidad de vida tenían mayor necesidad de estar vinculadas con una asociación de pacientes con respecto a las que tenían mejor calidad de vida.

En el *análisis de regresión logística binaria* realizado en el primer período estudiado, al mes de ser intervenidas quirúrgicamente, se obtiene que las mujeres con cáncer de mama que acuden a una asociación de pacientes tienen peor calidad de vida, siendo su asociación estadísticamente significativa ( $p=0.003$ ), (OR= 0.131 [IC=0.034-0.501]).

A los seis meses, las mujeres con cáncer de mama vinculadas con una asociación tienen peor calidad de vida también, siendo su asociación estadísticamente significativa ( $p= 0.012$ ) (OR= 0.172 [IC= 0.043-0.678]).

Al año, la potencia estadística sigue siendo significativa en las mujeres con cáncer de mama que acuden a una asociación, teniendo peor calidad de vida ( $p= 0.047$ ), (OR= 0.286 [IC=0.083-0.985]).

**Tabla 8 Modelo bivariado de Calidad de Vida prevalente según pertenencia a una asociación ajustado por edad en los tres cuestionarios recogidos. Coeficientes y significación**

	B	E.T.	Wald	GI	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR		
							Inferior	Superior	
<b>Pertenencia a Asociación</b>	1º Cuest.	-2,034	0,685	8,820	1	<b>0,003</b>	0,131	0,034	0,501
	Edad	-0,026	0,042	0,382	1	0,537	0,974	0,897	1,058
	2º Cuest.	-1,763	0,701	6,323	1	<b>0,012</b>	0,172	0,043	0,678
	Edad	-0,011	0,043	0,069	1	0,793	0,989	0,909	1,076
	3º Cuest.	-1,250	0,630	3,936	1	<b>0,047</b>	0,286	0,083	0,985
	Edad	0,042	0,040	1,090	1	0,297	1,043	0,964	1,128

La edad afecta a peor, cuanto más edad tienen las mujeres con cáncer de mama vinculados o no a la asociación menos calidad de vida tienen.

### 6.4.2 Adaptación psicológica al cáncer y su vinculación con asociación de pacientes

La media de ajuste mental al cáncer de las mujeres que están vinculadas con una asociación de pacientes en los tres períodos estudiados es mayor que en las mujeres que no lo estaban. Así, en el primer mes la media resultó de 66,95 (DE= 7,61) frente a 65,71 (DE= 8,98) en las mujeres que no estaban vinculadas con una asociación.

Con respecto a los seis meses de la primera entrevista realizada las pacientes que acuden a la asociación tienen una media de ajuste mental al cáncer de 68,71 (DE= 11,08) frente a una media de 64,92 (DE= 13,42) en mujeres que no estaban vinculadas con una asociación.

Y al año, la media resultó de 70,22 (DE= 10,92) en las pacientes que estaban vinculadas con una asociación frente a las que no lo estaban, con una media de 70,08 (DE= 11,38).

La diferencia de las medias en las puntuaciones del Mini-mac resultaron de 1,24 ; 3,79 y 0,14 respectivamente en los tres períodos no existiendo así grandes diferencias entre los dos grupos y acercándose a los +/-5 puntos planteados en la hipótesis.

La diferencia de las desviaciones típicas en los tres períodos fue respectivamente 1,36%, 2,39% y 0,46%.

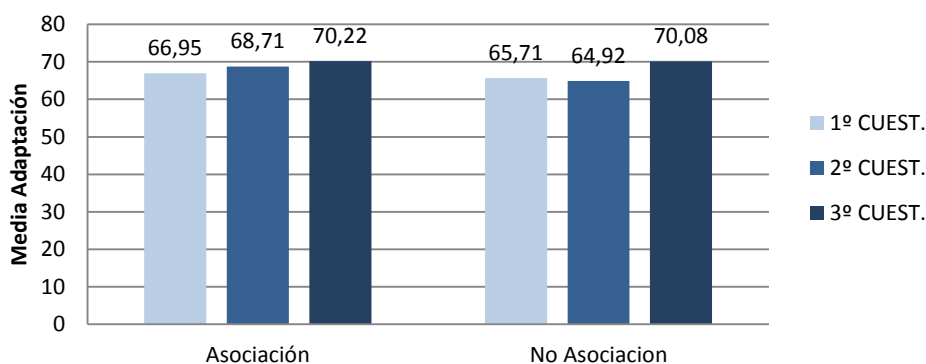


Gráfico 30 Hipótesis 2 - Adaptación al cáncer / Asociación

En un análisis cualitativo realizando la prueba de *Chi cuadrado de Pearson* encontramos significación estadística a los seis meses ( $p= 0.05$ ), sin embargo no existió significación al mes y al año, ( $p=0.74$ ) y ( $p=0.52$ ) respectivamente. Según los resultados, el hecho de estar vinculadas a una asociación sólo tenía significación estadística de cara a la adaptación a la enfermedad a los seis meses de ser intervenida tal y como se plantea en el estudio pero al año se desvanece.

Según el *análisis de regresión logística binaria*, en el primer período estudiado no aparece estadísticamente significativo la asociación entre las mujeres que tienen mayor ajuste mental al cáncer y que están vinculadas con una asociación ( $p= 0.733$ ) ( $OR= 0.813$  [ $IC= 0,247-2,678$ ]).

Sin embargo, a los seis meses existe 3 veces más de probabilidad de que las mujeres con cáncer de mama que están vinculadas con una asociación se adapten mejor al cáncer que las que no están vinculadas, no existiendo significación pero resultando muy cercana de forma que si aumentáramos la muestra se conseguiría mayor potencia estadística ( $p= 0.064$ ), ( $OR= 3,262$  [ $IC= 0,934-11,388$ ]).

Al año, encontramos que las mujeres con cáncer de mama que acuden a una asociación de pacientes tienen 1,4 veces más de probabilidad de adaptarse mejor al cáncer que las que no acuden, a pesar de no haber potencia estadística ( $p= 0,542$ ), ( $OR= 1,482$  [ $IC= 0,419-5,240$ ]).

Con respecto a la edad, cuanto más edad tienen las mujeres con cáncer de mama, vinculadas o no a la asociación, peor se adaptan al cáncer.

**Tabla 9 Modelo bivariado de Adaptación Psicológica al cáncer prevalente según pertenencia a asociación ajustado por edad en los tres cuestionarios recogidos. Coeficientes y significación**

	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR		
							Inferior	Superior	
Pertenencia a asociación	1º Cuest.	-0,207	0,608	0,116	1	<b>0,733</b>	0,813	0,247	2,678
	Edad	-0,011	0,037	0,089	1	0,766	0,989	0,920	1,063
	2º Cuest.	1,182	0,638	3,435	1	<b>0,064</b>	3,262	0,934	11,388
	Edad	-0,041	0,040	1,021	1	0,312	0,960	0,887	1,039
	3º Cuest.	0,393	0,644	0,372	1	<b>0,542</b>	1,482	0,419	5,240
	Edad	-0,026	0,040	0,442	1	0,506	0,974	0,901	1,053



### 6.4.3 Alteración de la imagen corporal y su vinculación a asociación de pacientes

La media de la escala de valoración de la alteración de la imagen corporal en mujeres que acuden a una asociación es mayor en los tres períodos recogidos que en las mujeres que no acuden a una asociación, así en el primer mes se ha obtenido una media de 6,75 (DE= 6,88) frente a una media de 3,24 (DE= 3,53).

A los seis meses obtenemos la media más alta de los tres períodos con 8,90 (DE= 8,06) frente a una media inferior de 6,13 (DE= 4,77) de las que no acuden a asociación. Al año, estas mujeres que acuden a asociación tienen una media de resultado en la escala de imagen corporal de 7,39 (DE= 6,98) frente a una media de 6,17 (DE= 6,70) ) de las que no.

La diferencia de medias en las puntuaciones de la escala BIS en los dos grupos resulta de 3,51; 2,77 y 1,22 respectivamente, acercándose a las +/- 5 puntuaciones planteadas en la hipótesis.

La diferencia en las desviaciones estándar en los tres períodos resultan respectivamente 3,35% al mes, 3,29% a los seis meses, y 0,27% al año.

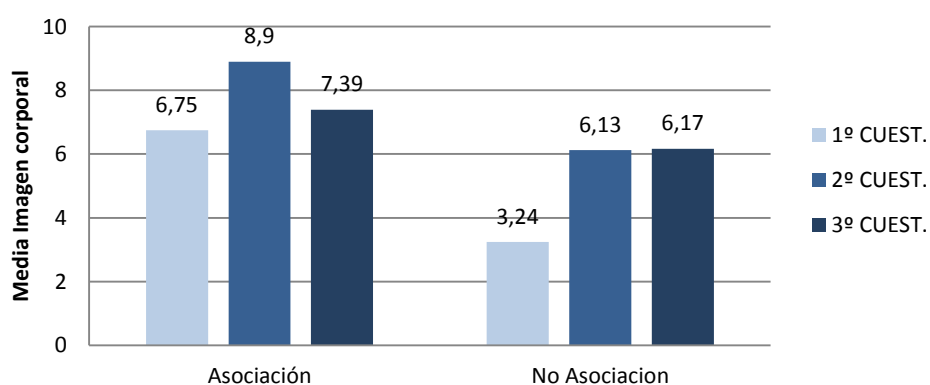


Gráfico 31 Hipótesis 3 - Imagen corporal / Asociación

En el estudio cualitativo, realizando la prueba de *Chi-cuadrado de Pearson*, obtenemos una asociación estadísticamente significativa entre que las mujeres con cáncer de mama tengan una peor imagen corporal y acudan a una asociación de pacientes con respecto a las que no acuden ( $p=0.033$ ), esta potencia estadística se obtiene al mes de ser intervenidas porque a los seis meses ( $p=0.401$ ) y al año ( $p=0.710$ ) desaparece.

Sin embargo, recurriendo al *análisis de regresión logística binaria*, encontramos que al mes las mujeres con cáncer de mama que están vinculadas con una asociación de pacientes tienen un 4,8 de probabilidad de tener peor imagen corporal que las mujeres que no acuden a ninguna asociación, siendo además su asociación estadísticamente significativa ( $p= 0.037$ ), (OR= 4,811 [IC=1,099-21,064]).

A los seis meses estas mujeres con cáncer de mama que acuden a una asociación tienen un 1,6 de probabilidad de tener peor imagen corporal que las que no acuden, siendo su asociación estadísticamente no significativa ( $p= 0.416$ ), (OR= 1,635 [IC=0,500-5,346]).

Al año la probabilidad es de 1,28 de tener peor imagen corporal las mujeres con cáncer de mama que acuden a una asociación con respecto a las que no acuden, no existiendo potencia estadística ( $p= 0.70$ ), (OR= 1,284 [IC=0,348-4,740]).

Haciendo referencia a la edad, las mujeres con cáncer de mama más mayores, tienen menos alteración de la imagen corporal.

**Tabla 10 Modelo bivariado de alteración de la Imagen Corporal prevalente según pertenencia a asociación ajustado por edad en los tres cuestionarios recogidos**

	B	E.T.	Wald	Gf	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR		
							Inferior	Superior	
Pertenencia a asociación	1º Cuest.	1,571	0,753	4,347	1	<b>0,037</b>	4,811	1,099	21,064
	Edad	-0,094	0,050	3,568	1	0,059	0,910	0,826	1,004
	2º Cuest.	0,492	0,604	0,663	1	<b>0,416</b>	1,635	0,500	5,346
	Edad	-0,037	0,038	0,944	1	0,331	0,963	0,894	1,039
	3º Cuest.	0,250	0,666	0,141	1	<b>0,708</b>	1,284	0,348	4,740
	Edad	-0,064	0,044	2,045	1	0,153	0,938	0,860	1,024

#### 6.4.4 Ansiedad y depresión y su vinculación a asociación de pacientes

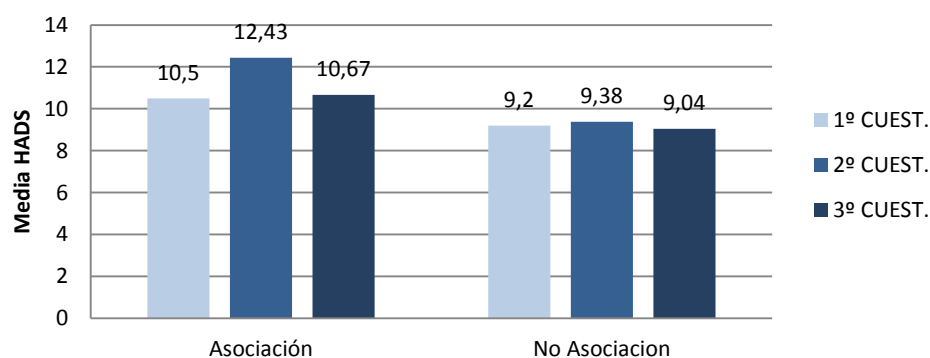
La prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama que están vinculadas a una asociación de pacientes es mayor que en las que no lo están en los tres períodos estudiados. En el primer mes la prevalencia es de 10,50 (DE= 5,72) para las mujeres que van a una asociación frente a 9,20 (DE= 4,62) para las mujeres que no acuden.

A los seis meses, la media de ansiedad y depresión en mujeres que acuden a una asociación es mayor que en los otros dos períodos estudiados alcanzando un valor de 12,43 (DE= 5,39), lo mismo ocurre con las que no acuden donde se obtiene un valor de 9,38 (DE= 6,71).

Y al año, sigue siendo superior la media de ansiedad y depresión en la mujeres que acuden a la asociación con un resultado de 10,67 (DE= 5,31) frente a las mujeres que no acuden con una media de 9,04 (DE= 5,40).

La diferencia de medias de las puntuaciones de la escala HADS entre los dos grupos es respectivamente en los tres períodos de 1,3 ; 3,05 y 1,63, siendo cercana a los +/- 2 puntos planteados en la hipótesis.

La diferencia en las puntuaciones de las desviaciones típicas son respectivamente 1,09% al mes, 1,32% a los seis meses y 0,09% al año.



**Gráfico 32 Hipótesis 4 - Ansiedad y Depresión / Asociación**

En el estudio cualitativo, realizando la prueba de *Chi-cuadrado de Pearson* obtenemos una asociación claramente significativa ( $p= 0,014$ ) entre una mayor ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama que están vinculadas a una asociación de pacientes con respecto a las mujeres que no lo están.

En el *análisis de regresión logística binaria* se cumple que las mujeres con cáncer de mama que están vinculadas a una asociación de pacientes tienen 4,93 veces más de probabilidad de tener ansiedad y depresión con respecto a las que no lo están, siendo estadísticamente significativa su asociación ( $p= 0,017$ ), (OR= 4,933 [IC= 1,331-18,285]).

Con respecto a la edad, cuanto más mayores son las mujeres menos ansiedad y depresión tienen.

**Tabla 11 Modelo bivariado de Ansiedad y Depresión prevalente según pertenencia a asociación ajustado por edad. Coeficientes y significación**

	B	E.T.	Wald	Gf	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
<b>Pertenencia a asociación</b>	1,596	0,668	5,699	1	<b>0,017</b>	4,933	1,331	18,285
<b>Edad</b>	-0,049	0,042	1,395	1	0,238	0,952	0,877	1,033

### 6.4.5 Edad ≤ 50 y crecimiento postraumático

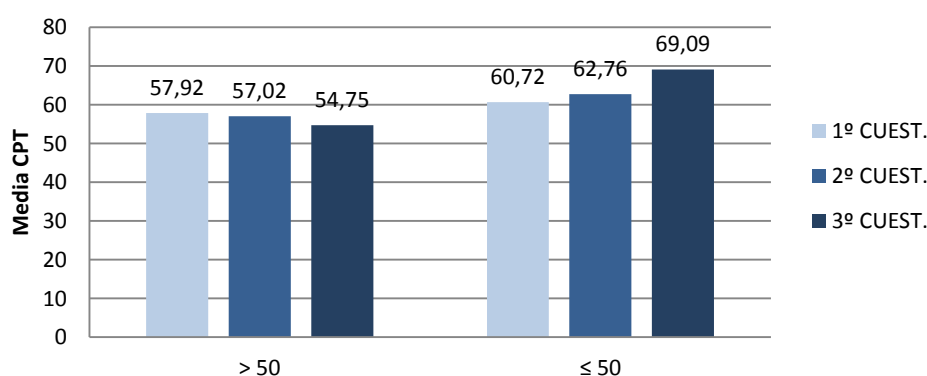
La media de crecimiento postraumático en las mujeres con cáncer de mama que tienen una edad menor o igual a 50 años es mayor en los tres períodos estudiados que en las mujeres que tienen una edad superior a 50 años, siendo la media al mes de 60,42 (DE= 22,84) en las mujeres con 50 o menos años frente a 57,92 (DE=23,70) en las mujeres de edad superior.

A los seis meses resulta una media de 62,76 (DE=24,64) en mujeres de 50 o menos años frente a una media de 57,02 (DE= 28,22) en mujeres con una edad superior a 50.

Al año la media resulta la más alta de los tres períodos con un valor de 69,09 (DE= 22,24) en las mujeres con edad igual o inferior a los 50 años, frente a una media de 54,75 (DE= 27,40) en mujeres con edad superior a 50.

La diferencia de medias del cuestionario PTGI entre los dos grupos de edad para cada uno de los períodos es respectivamente 2.5 ; 5.74 y 14.34; siendo el crecimiento postraumático cada vez mayor conforme nos acercamos al año tras la intervención quirúrgica.

La diferencia en las desviaciones típicas en los tres períodos estudiados es respectivamente 0,81%, 3,58% y 5,15%.



**Gráfico 33 Hipótesis 5 - Crecimiento postraumático / Edad**

Para el análisis cualitativo de este estudio se realizó la Prueba de *Chi-cuadrado de Pearson* en la que se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $p= 0,014$ ) entre crecimiento postraumático y la edad inferior o igual a 50 años, es decir, las mujeres más jóvenes ( $\leq 50$  años) tenían mayor crecimiento postraumático con respecto a las de mayor edad ( $>50$  años).

Si hacemos referencia al *análisis de regresión logística binaria*, las mujeres con cáncer de mama más jóvenes ( $\leq 50$  años) tienen 17,67 veces más de probabilidad de tener un crecimiento postraumático mayor que las mujeres más mayores ( $>50$  años) siendo su asociación estadísticamente significativa ( $p= 0.017$ ), (OR= 17,675 [IC= 1,660-188,236]).

La edad influye a peor, es decir, cuanto más edad tienen las mujeres con cáncer de mama menos crecimiento postraumático poseen, con lo que se corrobora el planteamiento de esta hipótesis.

**Tabla 12 Modelo bivariado de Crecimiento Postraumático prevalente en mujeres con cáncer de mama más jóvenes ajustado por edad. Coeficientes y significación**

	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
<b>Edad diagnóstico <math>\leq 50</math> años</b>	2,872	1,207	5,663	1	<b>0,017</b>	17,675	1,660	188,236
<b>Edad</b>	0,089	0,068	1,737	1	0,188	1,094	0,957	1,249

#### 6.4.6 Crecimiento postraumático y su relación con situaciones vitales estresantes

La media de crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama que han pasado por una o ninguna situación vital estresante es superior en los tres períodos con respecto a las mujeres con cáncer de mama que han pasado por más de una situación vital estresante anteriormente a su enfermedad. Así la media de crecimiento de las mujeres al mes de ser intervenidas que han pasado por más de una situación vital estresante es de 57,69 (DE= 20,41), a diferencia de las mujeres que han pasado por una o ninguna para las que la media resulta de 60,50 (DE= 25,24).

A los seis meses la media de crecimiento postraumático sigue siendo superior de las mujeres con cáncer de mama que han pasado por una o ninguna situación vital estresante con un valor de 61,93 (DE=28,67) con respecto a las

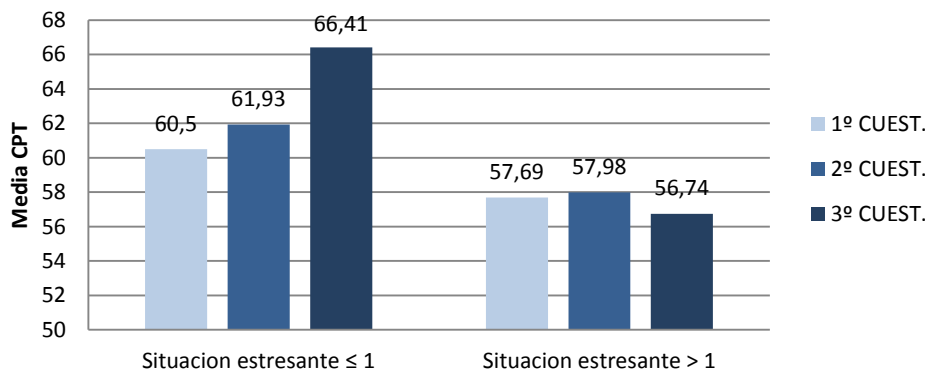
mujeres que han pasado por varias situaciones estresantes con un valor de 57,98 (DE= 23,64).

Al año, la media de crecimiento postraumático de las mujeres que han pasado por una o ninguna situación estresante se mantiene superior con una puntuación de 66,41 (DE= 27,92) con respecto a las mujeres que han pasado por varias situaciones estresantes con una puntuación de 56,74 (DE= 21,57).

En el estudio para muestras independientes se realizó la *prueba t para la igualdad de medias* en la que encontramos una asociación estadísticamente no significativa al mes (p= 0.68) y a los seis meses (p= 0.62).

El resultado obtenido al año se mostró con baja potencia estadística (p=0.23), no siendo significativa su asociación pero muy cercano a la significación porque se podría virar el resultado aumentando el tamaño muestral resultando de esta manera mejorada la potencia estadística. Así podríamos afirmar que tienen más crecimiento postraumático las mujeres que han pasado por menos situaciones vitales estresantes que las que han pasado por más de una.

La diferencia de las desviaciones típicas va aumentando progresivamente en los tres períodos estudiados, siendo al mes de 4,83%, a los seis meses de 5,02% y al año de 6,34%.



**Gráfico 34 Hipótesis 6 - Crecimiento postraumático / Situación estresante**

En el *análisis de regresión logística binaria* realizado, las mujeres con cáncer de mama que han pasado por menos situaciones estresantes al mes de ser intervenidas tienen una probabilidad de 2,49 de tener un crecimiento postraumático mayor que las mujeres con cáncer de mama que han pasado por varias situaciones estresantes, aunque la potencia estadística no sea significativa (p=0.253), (OR= 2,490 [IC= 0,520-11,916]).

A los seis meses la potencia estadística tampoco es significativa ( $p=0.945$ ), ( $OR= 0,950$  [ $IC= 0,223-4,050$ ]), y al año encontramos que las mujeres con cáncer de mama que han pasado por menos situaciones vitales estresantes tienen una probabilidad de 1,72 de tener un crecimiento postraumático mayor que las mujeres con cáncer de mama que han pasado por varias situaciones estresantes, no siendo su asociación estadísticamente significativa ( $p=0.475$ ), ( $OR= 1,721$  [ $IC= 0,387-7,644$ ]).

Con respecto a la edad, las mujeres de mayor edad tienen menos crecimiento postraumático, independientemente del número de situaciones vitales estresantes que hayan pasado.

**Tabla 13** Modelo bivariado de Crecimiento Postraumático prevalente según el número de situaciones vitales estresantes ajustado por edad. Coeficientes y significación

		B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR		
									Inferior	Superior
Sit. Estresantes (0 o 1)	1º Cuest.	0,912	0,799	1,304	1	<b>0,253</b>	2,490	0,520	11,916	
	Edad	-0,035	0,048	0,508	1	0,476	0,966	0,879	1,062	
	2º Cuest.	-0,051	0,740	0,005	1	<b>0,945</b>	0,950	0,223	4,050	
	Edad	-0,039	0,046	0,721	1	0,396	0,961	0,878	1,053	
	3º Cuest.	0,543	0,761	0,509	1	<b>0,475</b>	1,721	0,387	7,644	
	Edad	-0,045	0,048	0,892	1	0,345	0,956	0,871	1,049	

#### 6.4.7 Riesgo de enfermar según la escala de Holmes y Rahe relacionado con una enfermedad psicológica previa

La media del total de la Escala de Holmes y Rahe de acontecimientos vitales estresantes en las mujeres con cáncer de mama que han pasado por una enfermedad psicológica y/o psiquiátrica previa de ansiedad y/o depresión es mayor con respecto a las mujeres con cáncer de mama que no han pasado por una enfermedad psicológica previa. Las medias respectivamente son 99,33 ( $DE= 44,06$ ) frente 73,87 ( $DE= 33,19$ ). La diferencia en la desviaciones estándar es de 10,87%.

En su estudio cualitativo, con la prueba de *Chi-cuadrado de Pearson* obtenemos una asociación estadísticamente significativa entre riesgo de enfermar y haber padecido una enfermedad psicológica y/o psiquiátrica previa de ansiedad y/o depresión ( $p= 0,020$ ).

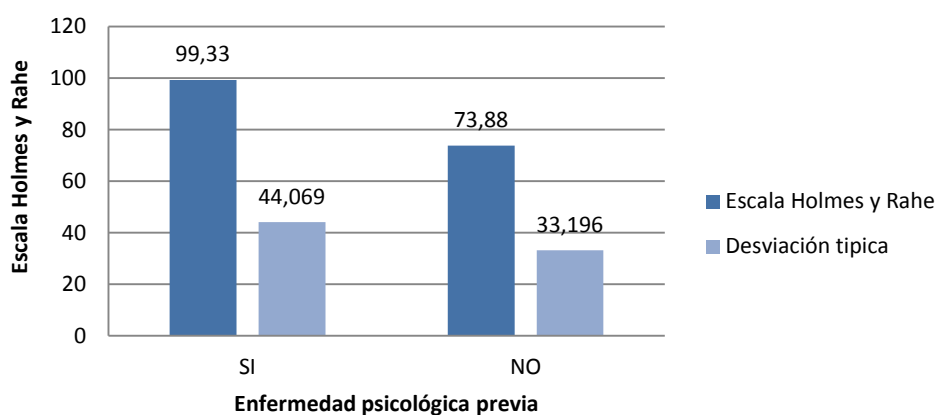


Gráfico 35 Hipótesis 7 - Riesgo de enfermar / Enfermedad psicológica previa

En el estudio de *regresión logística binaria* las mujeres con cáncer de mama que tenían riesgo de enfermar según la puntuación obtenida en la Escala de Holmes y Rahe de acontecimientos vitales estresantes, tenían 34 veces más de probabilidad de haber pasado una enfermedad psicológica o psiquiátrica previa de ansiedad y/o depresión con respecto a las mujeres que no habían obtenido riesgo de enfermar, siendo esta asociación estadísticamente significativa ( $p=0.013$ ), (OR= 34,411 [IC= 2,130-555,870]).

Según la edad, las mujeres más mayores tienen mayor riesgo de enfermar siendo su asociación estadísticamente significativa ( $p= 0.025$ ).

Tabla 14 Modelo bivariado de riesgo de enfermar y haber padecido una enfermedad psicológica previa ajustado por edad. Coeficientes y significación

	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Enfermedad psicol. previa	3,538	1,419	6,214	1	<b>0,013</b>	34,411	2,130	555,870
Edad	-0,205	0,091	5,032	1	0,025	0,815	0,681	0,974

### 6.4.8 Crecimiento postraumático y situación socioeconómica media-alta

La media de crecimiento postraumático en las mujeres con cáncer de mama con una situación socioeconómica media alta es mayor que en las mujeres con cáncer de mama con una situación socioeconómica baja en los tres períodos estudiados siendo su aumento progresivo a lo largo del primer año.

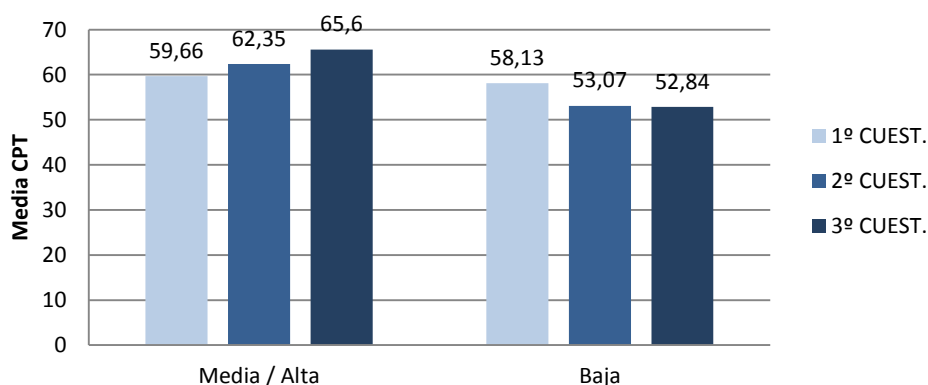


Al mes, la media resulta en las mujeres con situación socioeconómica media-alta de 59,66 (DE= 19,72) frente a un 58,13 (DE= 31,39) en las mujeres con cáncer de mama con una situación socioeconómica baja.

A los seis meses, la media resulta en las mujeres con situación socioeconómica media-alta de 62,35 (DE=23,15) frente a las mujeres con situación socioeconómica baja de 53,07 (DE=34,44).

Al año, la media sigue resultando mayor con un valor de 65,60 (DE= 23,97) en las mujeres con situación socioeconómica media-alta frente a 52,84 (DE=28,70) en las mujeres con situación socioeconómica baja.

La diferencia en las desviaciones estándar en los tres períodos estudiados son respectivamente 11,67%, 11,29% y 4,73%.



**Gráfico 36 Hipótesis 8 - crecimiento postraumático / situación económica**

En el estudio cualitativo realizando la prueba de *Chi-cuadrado de Pearson* encontramos que no existe significación estadística en ninguno de los tres períodos estudiados pero muy cercano a la significación en los mismos y conforme nos acercamos al final del período (al año de la intervención) en mayor grado. Los resultados son al mes, a los seis meses y al año respectivamente ( $p= 0.280$ ), ( $p= 0.194$ ) y ( $p= 0.091$ ), pudiendo obtenerse una mayor potencia estadística si aumentáramos el tamaño muestral.

En el *análisis de regresión logística binaria*, en el primer período estudiado, las mujeres con cáncer de mama que tienen una situación socioeconómica media-alta tienen 2,1 veces más de probabilidad de tener más crecimiento postraumático que las que tienen una situación socioeconómica media-baja, a pesar

de no tener significación estadística ( $p= 0.323$ ), ( $OR= 2,150$  [ $IC= 0,471-9,823$ ]).

Con respecto al segundo período estudiado obtenemos 2,4 veces más de probabilidad de que las mujeres con cáncer de mama que tienen una situación socioeconómica media-alta tengan más crecimiento postraumático con respecto a las mujeres con cáncer de mama con una situación socioeconómica media-baja ( $p= 0.265$ ), ( $OR= 2,405$  [ $IC= 0,513-11,266$ ]).

Al año, las mujeres con cáncer de mama que tienen una situación socioeconómica media-alta tienen 3,2 veces más de probabilidad de tener un crecimiento postraumático mayor que las mujeres con cáncer de mama con una situación socioeconómica media-baja, además de existir una asociación muy cercana a la significación estadística, que resultaría significativa si aumentáramos el tamaño muestral ( $p= 0.130$ ), ( $OR= 3,218$  [ $IC= 0,710-14,595$ ]).

**Tabla 15 Modelo bivariado de crecimiento postraumático prevalente según la situación económica ajustado por edad. Coeficientes y significación**

	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR		
							Inferior	Superior	
<b>Situación económica Media-Alta</b>	1º Cuest.	0,765	0,775	0,975	1	<b>0,323</b>	2,150	0,471	9,823
	Edad	-0,014	0,046	0,088	1	0,766	0,986	0,901	1,080
	2º Cuest.	0,877	0,788	1,240	1	<b>0,265</b>	2,405	0,513	11,266
	Edad	-0,031	0,047	0,431	1	0,512	0,970	0,884	1,063
	3º Cuest.	1,169	0,771	2,296	1	<b>0,130</b>	3,218	0,710	14,595
	Edad	-0,024	0,047	0,250	1	0,617	0,977	0,890	1,072

Con respecto a la edad, cuanto más mayores son las mujeres con cáncer de mama menos crecimiento postraumático tienen independientemente de la situación socioeconómica que tengan.

#### 6.4.9 Crecimiento postraumático y personalidad extrovertida vs personalidad neurótica

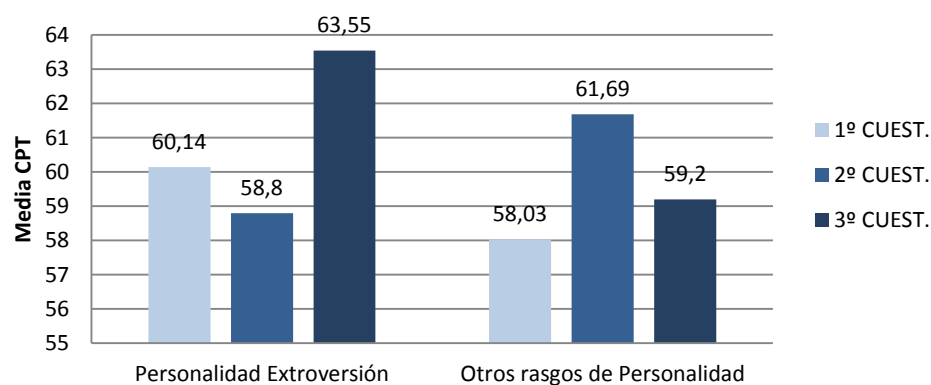
La media de crecimiento postraumático a lo largo de los tres períodos estudiados en mujeres con cáncer de mama con rasgo extrovertido frente a las mujeres con cáncer de mama con otros rasgos de personalidad fueron como siguen. Al mes la media de crecimiento postraumático de las mujeres con cáncer

de mama y rasgo extrovertido fue de 60,14 (DE= 23,60) frente 58,03 (DE= 22,75) de mujeres con cáncer de mama sin rasgo de extroversión.

A los seis meses la media crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama con rasgo extrovertido fue de 58,80 (DE= 28,65) frente a 61,69 (DE= 23,47) de mujeres con cáncer de mama sin rasgo de extroversión.

Al año la media crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico fue de 63,55 (DE= 26,22) frente a 60,37 (DE= 25,24) en mujeres con cáncer de mama sin rasgo de extroversión.

La diferencia entre las diferencias típicas en los tres períodos estudiados son 0,84%, 5,17% y 0,97% respectivamente.



**Gráfico 39: Hipótesis 9 - Crecimiento postraumático / Extroversión**

En un estudio cualitativo realizando la prueba de *Chi-cuadrado de Pearson*, no encontramos significación estadística en los tres períodos estudiados pero muy cercano a la significación a los seis meses y al año si aumentáramos el tamaño muestral obteniendo así mayor potencia estadística, al mes ( $p= 0,872$ ), a los seis meses ( $p= 0,297$ ) y al año ( $p= 0,299$ ).

En el *análisis de regresión logística binaria*, en las mujeres con cáncer de mama con rasgo de extroversión al mes de ser intervenidas no resulta una asociación significativa ( $p= 0,777$ ), (OR= 0,808 [IC= 0,185-3,540]). A los seis meses las mujeres con rasgo extrovertido tienen una asociación muy cercana a la significación si aumentáramos el tamaño muestral ( $p=0,210$ ), (OR= 0,364 [IC=0,075-1,769]). Y al año también nos encontramos con una asociación muy cercana a la significación, de modo que si aumentáramos el tamaño muestral aumentaría la potencia estadística ( $p= 0,200$ ), (OR= 0,353 [IC= 0,072-1,737]).

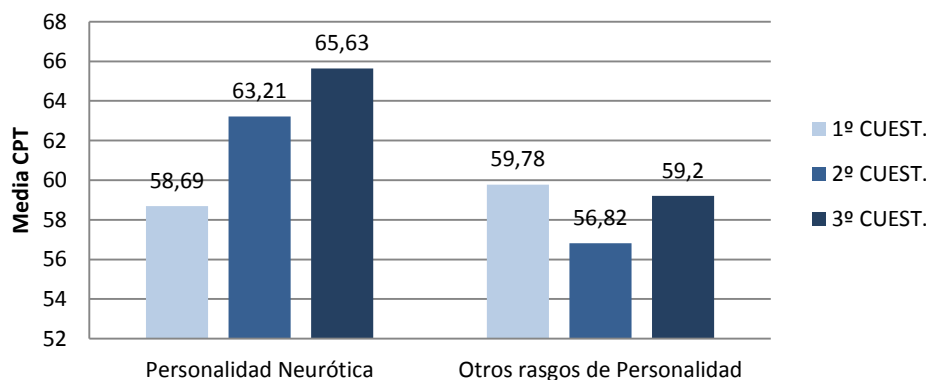
Según la edad, las mujeres con cáncer de mama más mayores, tiene menos crecimiento postraumático independientemente de que tengan rasgo extrovertido o no.

**Tabla 16** Modelo bivariado de crecimiento postraumático prevalente según rasgo extrovertido ajustado por edad. Coeficientes y significación

		B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR	
								Inferior	Superior
Extroversión	1º Cuest.	-0,213	0,754	0,080	1	0,777	0,808	0,185	3,540
	Edad	-0,025	0,046	0,293	1	0,588	0,975	0,892	1,067
	2º Cuest.	-1,011	0,807	1,570	1	0,210	0,364	0,075	1,769
	Edad	-0,055	0,048	1,305	1	0,253	0,947	0,862	1,040
	3º Cuest.	-1,042	0,813	1,641	1	0,200	0,353	0,072	1,737
	Edad	-0,054	0,048	1,265	1	0,261	0,948	0,863	1,041

La media de crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama va aumentando a lo largo de los tres períodos estudiados en las mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico frente a las mujeres con cáncer de mama con otros rasgos de personalidad. Al mes la media de crecimiento postraumático de las mujeres con cáncer de mama y rasgo neurótico es de 58,69 (DE= 19,67) frente 59,78 (DE= 26,25) en mujeres con cáncer de mama sin rasgo neurótico.

A los seis meses la media crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico es de 63,21 (DE= 21,38) frente a 56,82 (DE= 30,66) en mujeres con cáncer de mama sin rasgo neurótico. Al año la media crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico es de 65,63 (DE= 23,90) frente a 59,20% y DE= 27,18 en mujeres con cáncer de mama sin rasgo neurótico.



**Gráfico 37** Hipótesis 9 - Crecimiento postraumático / Neuroticismo

La diferencia en las diferencias típicas en los tres períodos estudiados son 6,57%, 9,27% y 3,27% respectivamente.

En un estudio cualitativo realizando la prueba de *Chi-cuadrado de Pearson*, no encontramos significación estadística en los tres períodos estudiados, al mes ( $p= 0,524$ ), a los seis meses ( $p= 0,425$ ) y al año ( $p= 0,867$ ).

En el *análisis de regresión logística binaria*, las mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico al mes de ser intervenidas tienen 1,5 veces más de probabilidad de tener mayor crecimiento postraumático que las mujeres que tienen otros rasgos de personalidad, no existiendo significación estadística ( $p=0,524$ ), (OR= 1,592 [IC= 0,380-6,670]). A los seis meses las mujeres con rasgo neurótico tiene 1,7 veces más de probabilidad de tener mayor crecimiento postraumático que el resto de mujeres con otros rasgos de personalidad, no existiendo significación estadística ( $p=0,428$ ), (OR= 1,792 [IC= 0,424-7,583]). Y al año la probabilidad se multiplica por 1,1 veces de tener mayor crecimiento postraumático las mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico, con respecto a las mujeres con otros rasgos de personalidad, no existiendo significación estadística ( $p=0,857$ ), (OR= 1,137 [IC= 0,283-4,570]).

Según la edad, las mujeres con cáncer de mama más mayores, tiene menos crecimiento postraumático independientemente de que tengan rasgo neurótico o no.

**Tabla 17 Modelo bivariado de crecimiento postraumático prevalente según rasgo neurótico ajustado por edad. Coeficientes y significación**

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR	
								Inferior	Superior
Neuroticismo	1º Cuest.	0,465	0,731	0,405	1	<b>0,524</b>	1,592	0,380	6,670
	Edad	-0,022	0,045	0,242	1	0,623	0,978	0,896	1,068
	2º Cuest.	0,584	0,736	0,629	1	<b>0,428</b>	1,792	0,424	7,583
	Edad	-0,040	0,046	0,778	1	0,378	0,961	0,878	1,050
	3º Cuest.	0,128	0,710	0,033	1	<b>0,857</b>	1,137	0,283	4,570
	Edad	-0,036	0,045	0,651	1	0,420	0,964	0,883	1,053

### 6.4.10 Ansiedad y depresión relacionado con personalidad neurótica

La prevalencia de ansiedad en mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico es mayor que en las mujeres con cáncer de mama con otros rasgos de personalidad en los tres períodos estudiados.

Al mes la media de ansiedad en mujeres con cáncer de mama que presentan rasgo neurótico es de 7,73 (DE=3,41) frente a las mujeres con otros rasgos de personalidad que presentan una media de 5,61 (DE= 2,67).

A los seis meses, la media de ansiedad en mujeres con cáncer de mama que presentan rasgo neurótico es de 9,09 (DE= 2,98) frente a las mujeres con otros rasgos de personalidad que presentan una media de 4,55 (DE= 2,52).

Al año, la media de ansiedad en mujeres con cáncer de mama que presentan rasgo neurótico es de 8,48 (DE= 2,85) frente a las mujeres con otros rasgos de personalidad que presentan una media de 4,64 (DE= 2,17).

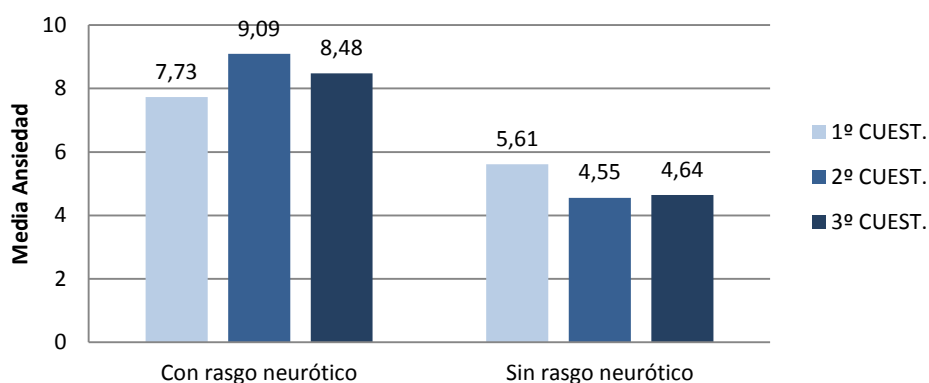


Gráfico 38 Hipótesis 10 – Ansiedad / Neuroticismo

La diferencia de las desviaciones estándar en los tres períodos respectivamente, resultan de 0,74%, 0,46% y 0,68%.

En su estudio cualitativo, realizando la prueba de *Chi-cuadrado de Pearson* aparece una asociación estadísticamente significativa en los tres períodos estudiados, en el primer mes ( $p= 0,017$ ), a los seis meses ( $p= 0,00$ ) y al año de ser intervenida ( $p= 0,00$ ).

Si hacemos referencia en el estudio cualitativo al resto de rasgos de personalidad, extroversión, psicoticismo y sinceridad y su asociación con el nivel de

ansiedad, no encontramos significación estadística mas que en una de ellas y en un momento concreto, a los seis meses en el rasgo de sinceridad ( $p= 0,039$ ).

Con respecto a la extroversión y el nivel de ansiedad se obtienen las siguientes significaciones estadísticas, al mes ( $p= 0,634$ ), a los seis meses ( $p= 1$ ), al año ( $p= 0,414$ ).

Haciendo referencia al psicoticismo y el nivel de ansiedad, al mes ( $p= 0,256$ ), a los seis meses ( $p= 0,088$ ) y al año ( $p= 0,179$ ).

Con respecto a la sinceridad y el nivel de ansiedad, al mes ( $p= 0,820$ ), a los seis meses ( $p= 0,039$ ) y al año ( $p= 0,412$ ).

En el *análisis de regresión logística binaria*, las mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico, al mes de ser intervenidas tienen 5,4 veces más de probabilidad de tener mayor ansiedad que las mujeres que tienen otros rasgos de personalidad, existiendo una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,019$ ), (OR= 5,440 [IC= 1,319-22,433]). A los seis meses las mujeres con rasgo neurótico tienen 16 veces más de probabilidad de tener mayor ansiedad que el resto de mujeres con otros rasgos de personalidad, existiendo una asociación estadísticamente significativa ( $p= 0,001$ ), (OR= 16,027 [IC= 3,312-77,558]). Y al año la probabilidad aumenta a 25 veces de tener las mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico mayor ansiedad con respecto a las mujeres con cáncer de mama que tienen otros rasgos de personalidad, existiendo significación estadística clara también en este período ( $p= 0,000$ ), (OR= 25,296 [IC=4,325-147,946]). Con respecto a la edad, las mujeres con cáncer de mama que son más mayores tienen menor ansiedad, independientemente del rasgo neurótico.

**Tabla 18** Modelo bivariado de Ansiedad prevalente en mujeres con cáncer de mama según rasgo Neurótico ajustado por edad en los diferentes cuestionarios presentados. Coeficientes y significación

	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR		
							Inferior	Superior	
Neuroticismo	1º Cuest.	1,694	0,723	5,490	1	<b>0,019</b>	5,440	1,319	22,433
	Edad	0,067	0,045	2,208	1	0,137	1,070	0,979	1,169
	2º Cuest.	2,774	0,804	11,892	1	<b>0,001</b>	16,027	3,312	77,558
	Edad	-0,058	0,047	1,552	1	0,213	0,943	0,861	1,034
	3º Cuest.	3,231	0,901	12,853	1	<b>0,000</b>	25,296	4,325	147,946
	Edad	-0,033	0,050	0,436	1	0,509	0,968	0,877	1,067

La prevalencia de depresión en mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico es mayor que las mujeres con cáncer de mama con otros rasgos de personalidad en los tres períodos estudiados.

Al mes la media de depresión en mujeres con cáncer de mama que presentan rasgo neurótico es de 3,86 (DE= 2,69) frente a las mujeres con otros rasgos de personalidad que presentan una media de 2,43 (DE= 2,37).

A los seis meses, la media de depresión en mujeres con cáncer de mama que presentan rasgo neurótico es de 5,74 (DE= 2,75) frente a las mujeres con otros rasgos de personalidad que presentan una media de 2,05 (DE= 2,27).

Al año, la media de depresión en mujeres con cáncer de mama que presentan rasgo neurótico es de 4,35 (DE= 2,60) frente a las mujeres con otros rasgos de personalidad que presentan una media de 2,36 (DE= 2,66).

La diferencia en las desviaciones estándar en los tres períodos estudiados resulta de 0,32%, 0,48% y 0,06% respectivamente.

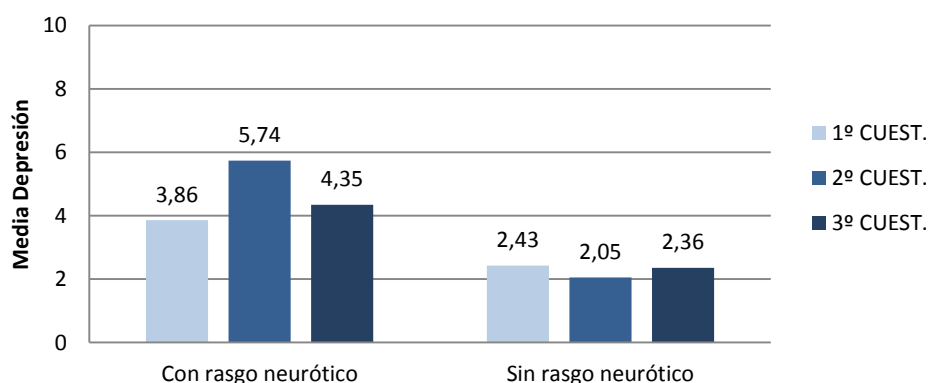


Gráfico 39 Hipótesis 10 – Depresión / Neuroticismo

En el estudio cualitativo, realizando la prueba de *Chi-cuadrado de Pearson*, aparece una asociación estadísticamente significativa a los seis meses ( $p= 0,00$ ) y al año de ser intervenido ( $p= 0,02$ ) siendo no significativo pero muy cercano a la significación al mes de ser intervenido ( $p= 0,30$ ) de forma que puede virar el resultado si aumentamos el tamaño muestral.

Si hacemos referencia en el estudio cualitativo al resto de rasgos de personalidad, extroversión, psicoticismo y sinceridad y su asociación con el nivel de depresión, no encontramos significación estadística mas que en una de ellas y en un momento concreto, al año en el rasgo psicótico ( $p= 0,005$ ).



Con respecto a la extroversión y el nivel de depresión se obtiene las siguientes significaciones estadísticas, al mes ( $p= 0,49$ ), a los seis meses ( $p= 0,34$ ), al año ( $p= 0,75$ ). Haciendo referencia al psicoticismo y el nivel de depresión, al mes ( $p=0,87$ ), a los seis meses ( $p= 0,10$ ) y al año ( $p= 0,005$ ). Con respecto a la sinceridad y el nivel de depresión, al mes ( $p= 0,98$ ), a los seis meses ( $p= 0,26$ ) y al año ( $p= 0,87$ ).

En el *análisis de regresión logística binaria*, las mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico al mes de ser intervenidas tienen casi 2 veces más de probabilidad de tener mayor depresión que las mujeres con cáncer de mama que tienen otros rasgos de personalidad, no existiendo una asociación estadísticamente significativa pero muy cercana a ella ( $p= 0,293$ ), (OR= 1,912 [IC= 0,571-6,398]). A los seis meses las mujeres con rasgo neurótico tienen casi 18 veces más de probabilidad de tener mayor depresión que el resto de mujeres con otros rasgos de personalidad, existiendo una asociación estadísticamente significativa ( $p= 0,000$ ), (OR= 17,934 [IC= 3,847-83,613]). Y al año la probabilidad de las mujeres con cáncer de mama que presentan rasgo neurótico es de casi 8 veces más de padecer depresión con respecto a las mujeres con cáncer de mama que tienen otros rasgos de personalidad, existiendo significación estadística clara también en este período. ( $p= 0,003$ ), (OR= 7,994 [IC= 2,011-31,782]).

Con respecto a la edad, las mujeres con cáncer de mama más mayores tienen menor depresión independientemente de si tienen rasgo neurótico o no.

**Tabla 19 Modelo bivariado de Depresión prevalente según rasgo Neurótico ajustado por edad en los diferentes cuestionarios presentados. Coeficientes y significación**

	B	E.T.	Wald	GI	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para OR		
							Inferior	Superior	
Neuroticismo	1º Cuest.	0,648	0,616	1,105	1	<b>0,293</b>	1,912	0,571	6,398
	Edad	0,047	0,039	1,426	1	0,232	1,048	0,970	1,132
	2º Cuest.	2,887	0,785	13,507	1	<b>0,000</b>	17,934	3,847	83,613
	Edad	-0,016	0,046	0,118	1	0,731	0,984	0,899	1,078
	3º Cuest.	2,079	0,704	8,712	1	<b>0,003</b>	7,994	2,011	31,782
	Edad	0,004	0,044	0,007	1	0,934	1,004	0,920	1,095

# 7

## Discusión

---

### 7.1 Limitaciones del estudio

Este estudio presenta algunas limitaciones.

Con respecto a la muestra, se ha contado con un menor porcentaje de mujeres con cáncer de mama de lo esperado por las pérdidas que ha habido a lo largo del estudio. Por un lado, el extenso cuaderno de cuestionarios que debían cumplimentar las pacientes que aceptaban participar, muchas veces se les hacía largo y pesado, por otro lado, el bajo estado anímico que presentaban en repetidas ocasiones les conducía a abandonar el estudio. Además, el hecho de ser un estudio longitudinal con tres cortes temporales a lo largo de un año en el que se precisaba su participación, muchas de ellas que habían conseguido estar mejor en cuanto a la adaptación a la enfermedad, no querían saber nada acerca de determinadas cuestiones sobre la enfermedad.

A pesar de que el diseño longitudinal puede suponer ciertas dificultades como el paso del tiempo, la pérdida de participantes, la mayor demanda de recursos humanos y materiales para obtener las diferentes mediciones y un mayor costo en el tiempo a la hora de sacar conclusiones debido a los intervalos temporales entre las evaluaciones, resultaría interesante realizar el estudio desde el momento del diagnóstico hasta varios años después, ya que el seguimiento de los pacientes podría aportar datos mucho más consistentes.

La inclusión de una metodología cualitativa como complemento del estudio enriquecería el conocimiento que se tiene sobre el crecimiento postraumático y los factores psicosociales que se han tratado en este estudio.

Una limitación importante es la escasez de estudios sobre el tema tratado pero a la vez es contemplada como una iniciativa a la continuidad en la investigación sobre el mismo.

Más allá de las limitaciones, este estudio ha permitido conocer la importancia y los beneficios que una mujer superviviente con cáncer de mama obtiene de la vinculación con asociación de pacientes con cáncer de mama y la pertenencia a grupos de apoyo para un mayor crecimiento postraumático, una mayor adaptación a la enfermedad, una mejora de la imagen corporal, una mejora del malestar clínicamente significativo y una mayor calidad de vida.

## **7.2 Del crecimiento postraumático y las asociaciones**

En el presente estudio se confirma que la prevalencia de crecimiento postraumático en las mujeres con cáncer de mama vinculadas a una asociación de pacientes es mayor que en aquellas que no lo están en los tres períodos estudiados, existiendo una diferencia en la puntuación del PTGI muy cercana a +/- 15 puntos (64,75 vs 54,85; 70,30 vs 51,15; 68,61 vs 57,50). Existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables a los seis meses y al año pero muy cercana a la significación al mes del diagnóstico ( $p=0,008$ ;  $p=0,05$ ;  $p=0,078$ ).

De hecho, las mujeres con cáncer de mama que acuden a una asociación tienen 4, 12 y 5 veces más de probabilidad de tener un crecimiento postraumático mayor que las mujeres con cáncer de mama que no acuden. Se muestra una asociación bivariada significativa a los seis meses ( $p=0,025$ ) y muy cercana a la significación al mes y al año de la intervención quirúrgica ( $p=0,095$ ;  $p=0,068$ ), esto es, que cuanto mayor es la vinculación de las mujeres con cáncer de mama con una asociación mayor es el crecimiento postraumático.

En la bibliografía revisada no se encuentran a priori estudios similares a la hipótesis planteada en esta tesis pero sí muy cercanos al efecto de la pertenencia a una asociación de pacientes como tal, esto es, haciendo referencia a la capacidad de las mujeres de sentirse apoyadas y poder hablar con otras personas

que han pasado por la misma enfermedad, pertenecientes o no a la sanidad pudiendo resolver sus dudas, y ayudándoles a encauzar miedos y preocupaciones a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, participando en las actividades que ofrecen estas asociaciones como son los grupos de apoyo, grupos de psicoterapia y grupos de relajación entre otros. Todo ello encauzado a proporcionar a las mujeres que reciben un diagnóstico de alto impacto emocional como es el cáncer de mama, un nivel de bienestar que les permita un afrontamiento activo de la enfermedad.

En un estudio cualitativo llevado a cabo con entrevistas abiertas realizado por Lerolain et al. (2012) con 32 mujeres francesas con cáncer de mama que intenta relacionar el crecimiento postraumático con el afrontamiento, apoyo social y el procesamiento cognitivo, se sugiere desde un punto de vista clínico que alentar a las mujeres a sobrellevar el proceso del cáncer reconociendo tanto los aspectos negativos como positivos podría conducir a un mayor crecimiento postraumático y a un mayor ajuste de la enfermedad<sup>(278, 279)</sup>. Esta doble integración también se ha encontrado en terapias de grupo soporte-expresivas para las mujeres con cáncer de mama<sup>(280)</sup> y en la terapia de grupo cognitivo-conductual<sup>(281)</sup>, intervención capaz de promover crecimiento postraumático. Un apunte a este estudio es que la generalización de los resultados aplicados a personas en otros contextos sigue siendo limitado, sobre todo porque el crecimiento postraumático parece ser muy dependiente de los recursos sociales<sup>(279)</sup>. El uso de una metodología específica de análisis, nunca utilizado hasta ahora en el campo de la investigación del crecimiento postraumático, ha permitido examinar cómo el crecimiento postraumático emerge en la narrativa el desarrollo de los cambios relacionados con el cáncer, a pesar de que una de las mayores limitaciones haya sido el reducido tamaño muestral.

A modo de ejemplo destacamos la siguiente cita ilustrativa de la mezcla de los cambios positivos y negativos que se desarrollan en una mujer con cáncer de mama a lo largo de su enfermedad: “Este tipo de cáncer es muy perjudicial, pero también trae un montón de felicidad, realmente una gran cantidad de felicidad. Hasta estoy preocupada, he sufrido mucho en este cáncer, pero he experimentado mucha felicidad también, y yo no voy a agradecer a este tipo de cáncer porque estaría fuera de lugar, pero yo voy a dar gracias a la vida por haber abierto los ojos a cosas que tal vez jamás hubiera visto”.

Es digno de mención que diversos estudios encontrados en la bibliografía reciente encuentren evidencias significativas entre la asociación del crecimiento postraumático y el hecho de recibir soporte emocional y social. Así, en un estudio realizado por Schroevers et al. (2010) que trata con 206 pacientes holandesas con cáncer, encontraron que recibir soporte emocional estaba significativamente asociado con el crecimiento postraumático y que cuanto mayor era el apoyo emocional recibido mayor era el crecimiento postraumático ( $r= 0.29$ ,  $p<0,001$ ), considerado éste como un recurso para encontrar significado positivo en el cáncer<sup>(282)</sup>. Los que eran más capaces de hablar de sus experiencias con los demás y habían recibido más apoyo en terminos de tranquilidad, consejo y aliento habían experimentado más crecimiento postraumático. Este resultado está en línea con otros estudios que han demostrado que hablar acerca de la experiencia del cáncer y recibir apoyo emocional de los demás, sobre todo en la fase temprana de la crisis, se asociaron un mayor crecimiento postraumático<sup>(89, 283, 284)</sup>. La teoría del procesamiento cognitivo apoya de manera indirecta esta hipótesis, en la que sugiere que hablar con otras personas puede facilitar los procesos cognitivos y las respuestas de afrontamiento promoviendo un cambio positivo<sup>(285, 286)</sup>.

Otro estudio realizado por Schroevers et al. (2008) apoya los resultados obtenidos en la hipótesis que nos ocupa. Se trata de un estudio transversal de una muestra heterogénea de 113 pacientes malasio con cáncer, de los cuales el 66,4% eran mujeres, los resultados confirman que existe una asociación significativa entre varias estrategias de afrontamiento y el crecimiento postraumático, estas son: el soporte instrumental (conseguir ayuda y asesoramiento de otras personas), el replanteamiento positivo (modificar el significado de la situación estresante, especialmente atendiendo a los posibles aspectos positivos) y el humor. A su vez el análisis de regresión resultó que un mayor uso de estas tres estrategias de afrontamiento conducían a un mayor crecimiento postraumático ( $\beta= 0.38$ ,  $p<0,01$ ), ( $\beta= 0.21$ ,  $p<0,05$ ), ( $\beta= 0.18$ ,  $p<0,05$ ).

En contraste, estrategias de afrontamiento de evitación como negación, desconexión conductual y autoculpa, no están relacionadas con el crecimiento postraumático.

Otro hallazgo muy reciente siguiendo la misma línea de investigación se encuentra el estudio prospectivo multicéntrico de Kent et al (2013) de 669

mujeres estadounidenses con cáncer de mama con edad comprendida entre 40-64 años en el momento del diagnóstico. En él se afirma la hipótesis planteada, confirmando que las mujeres que han participado en programas de apoyo mostraron resultados más altos de crecimiento postraumático. De hecho las mujeres que habían participado en estos programas tenían 10.4 veces más de probabilidad de tener mayor crecimiento postraumático ( $\beta = 10.4$ ,  $p < 0,001$ ). Como resultado significativo también se puede mencionar que el confiar en los proveedores de la salud estaba asociado con un mayor crecimiento postraumático, así las mujeres que confiaban en sus cuidados y apoyo tenían 12.9 veces más de probabilidad de tener un mayor crecimiento postraumático ( $\beta = 12,9$   $p < 0,001$ ) (287).

Es digno de mención que las mujeres sobrevivientes con cáncer de mama son entre los mayores usuarios de grupos de apoyo (288), y estos grupos a menudo llenan vacíos importantes en las necesidades de socialización en los sobrevivientes de cáncer (289). Los programas de apoyo pueden proveer un espacio a los participantes para obtener una mejora de la capacidad de comportamiento como un aumento de la autoeficacia así como una oportunidad para el aprendizaje por observación y el refuerzo (290).

Otro estudio longitudinal reciente (2013) realizado por Danhauer et al. concluye que el crecimiento postraumático aumenta con el tiempo sobre todo en los primeros meses tras el diagnóstico, concordando con los resultados obtenidos en nuestro estudio, así las puntuaciones del PTGI a lo largo de los dos primeros años se desglosan de la siguiente manera: de 0-6 meses: 54.03, de 6-12 meses: 56.47, de 12-18 meses: 57.31, de 18-24 meses: 58.14 (291).

Este estudio muestra que los aumentos en el apoyo social se asocian con el crecimiento postraumático (291) y apoya la teoría de que el apoyo social promueve el crecimiento postraumático al permitir la divulgación del evento altamente estresante (85, 292). Las discusiones realizadas acerca de la experiencia con el cáncer de mama manifestaron que las reacciones de apoyo pueden ayudar en la gestión del malestar emocional e influir en la reestructuración cognitiva necesaria para desarrollar el crecimiento postraumático (293).

Numerosos estudios corroboran la asociación entre la búsqueda de apoyo social y el crecimiento postraumático (81, 92, 96, 279, 294-298)

En resumen se puede afirmar que tanto los estudios realizados en los últimos años así como el llevado a cabo en esta tesis doctoral, confirman la hipótesis de que las mujeres con cáncer de mama vinculadas con una asociación de pacientes, lo que supone la búsqueda de apoyo y participación en grupos de apoyo está significativamente asociado con el crecimiento postraumático.

*Para tener una visión de conjunto de la bibliografía más relevante concerniente a esta hipótesis se incluye un cuadro de síntesis de estudios longitudinales y transversales, ver Anexo A-Cuadro 1.*

### **7.3 De la calidad de vida y las asociaciones**

Este estudio obtiene que la media de la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama que acuden a una asociación de pacientes en los tres períodos estudiados, al mes, a los seis meses y al año es inferior con respecto a las mujeres que no acuden a una asociación (103.50 vs 87.68, 102,88 vs 86.41, 109,79 vs 98,66). Existe una asociación estadísticamente significativa en los tres períodos establecidos, en el que las mujeres con cáncer de mama que tenían peor calidad de vida tienen más necesidad de estar vinculadas con una asociación que las que tienen mejor calidad de vida ( $p=0.002$ ,  $p=0,009$ ,  $p=0,043$ ).

Se confirma que existe una diferencia en las puntuaciones del FACIT-B muy cercana a los +/-15 puntos

Además, en los resultados que se muestran en la asociación bivariada, resultan estadísticamente significativos, confirmando que a peor calidad de vida de estas mujeres con cáncer de mama más posibilidad tendrán de estar vinculadas con una asociación ( $p=0.003$ ,  $p=0.012$ ,  $p=0.047$ ).

Hay relativamente pocos estudios que relacionen a fondo una peor calidad de vida con una necesidad de búsqueda de apoyo social; lo que haría referencia a la pertenencia a una asociación de pacientes. Aún así, en la bibliografía internacional se encuentran algunos resultados contradictorios.

Reid-Arndt et al (2009) en su investigación realizada con 46 pacientes norteamericanas con cáncer de mama reveló algunos nuevos hallazgos respecto a la calidad de vida entre estas mujeres. Las pacientes más reacias a buscar apoyo social eran más propensas a comunicar relativamente niveles de bienestar emo-

cional más bajos. Así una mayor renuncia a buscar apoyo social estaba significativamente asociada con una peor calidad de vida ( $p < 0,017$ ).<sup>(299)</sup> Estos resultados están en línea con algunos de la bibliografía del afrontamiento que han sugerido que la búsqueda de apoyo social como un estilo de afrontamiento puede tener un impacto significativo en el bienestar emocional<sup>(300, 301)</sup>. Otro estudio de Farmer et al (2003) sigue esta tendencia en la que la renuncia a buscar apoyo social fue significativamente asociado con una calidad de vida inferior<sup>(302)</sup>.

Un trabajo realizado por Martin et al. (2003), parte de un estudio longitudinal llevado a cabo en 79 pacientes argentinos con cáncer cuyo objetivo era analizar la calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento. En sus resultados hallaron que la búsqueda de apoyo y la resolución de problemas (escalas de aproximación conductual) se asociaron positivamente con dominios de la calidad de vida ( $p < 0,05$ )<sup>(303)</sup>.

Todos estos resultados resultan contradictorios a los que hemos concluido en este estudio, en el que las mujeres con cáncer de mama que peor calidad de vida presentan, tienen más necesidad de buscar apoyo emocional y social al tener un peor estado de bienestar; a diferencia de las que tienen una mayor calidad de vida. Se puede afirmar que la no concordancia en los resultados puede ser debida a la influencia de distintas variables sociodemográficas en el tipo de afrontamiento estudiado en esta enfermedad que no se hayan tenido en cuenta.

A pesar de esto, los proyectos futuros pueden mejorar este trabajo, apoyándose en una muestra más grande.

En consonancia con nuestros resultados encontramos un estudio longitudinal realizado por Danhauer et al. (2009), con 267 mujeres estadounidenses con cáncer de mama en el que examina las estrategias de afrontamiento a través del tiempo y su relación recíproca con la calidad de vida.

Apoya de esta manera, que la calidad de vida puede predecir las estrategias de afrontamiento tanto o más que a la inversa. Así, una peor calidad de vida fue un predictor significativo de un mayor uso de varias estrategias de afrontamiento, entre ellas la búsqueda de apoyo social ( $p < 0,001$ )<sup>(304)</sup>. Este hallazgo sugiere que las personas adaptan sus estrategias de afrontamiento en respuesta a los problemas con los que están tratando y es consistente con el modelo de Lazarus and Folkman (1984) de estrés y afrontamiento<sup>(305)</sup>. Una prueba más del



impacto de la calidad de vida en el afrontamiento es proporcionada por un estudio anterior que describe cómo mujeres con cáncer de mama utilizan diferentes estrategias de afrontamiento en respuesta a diferentes aspectos estresantes de su cáncer de mama <sup>(306)</sup>. Las mujeres informaron que las estrategias búsqueda de apoyo social, reestructuración cognitiva positiva y la actividad física las utilizaron para hacer frente al estrés emocional mientras que las estrategias para hacer frente a los problemas físicos (síntomas relacionados con el tratamiento) incluyen reposo, tomar medicación, y la reestructuración cognitiva positiva <sup>(306)</sup>. El afrontamiento es una respuesta a la calidad de vida y a su vez proporciona más apoyo para el argumento que las intervenciones psicosociales pueden resultar más beneficiosas si se dirigen a aquellos con menor calidad de vida. Estos pacientes pueden obtener un mayor beneficio de un mayor afrontamiento <sup>(307, 308)</sup>.

De esta manera podemos afirmar con respecto a la hipótesis planteada en este estudio que además de que la mayor o menor calidad de vida determine la búsqueda de apoyo social, el uso de intervenciones psicosociales en las mujeres a lo largo de su proceso mejoran la calidad de vida. Las mujeres que acudieron a una asociación mejoraron a lo largo de un año en sus puntuaciones según la escala FACIT-B casi el doble con respecto a las mujeres que no acudieron (10,98 vs 6,29). Este resultado es apoyado por la bibliografía en cuanto a que las intervenciones psicológicas en grupo mejoran la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama. Así Font & Rodríguez (2004) realizaron un estudio con 142 pacientes con cáncer de mama que solicitaron ayuda psicológica en grupo en una Asociación de pacientes contra el cáncer. Los resultados indicaron que las pacientes que participaron en el grupo de apoyo valoraban su vida actual de manera mucho más satisfactoria que cuando iniciaron la intervención, pasando de una pérdida de la calidad de vida de 49,1 sobre 100 a tan solo 27,1 (según la Escala Font de Calidad de vida) después de la terapia de grupo ( $p < 0.001$ ) <sup>(309)</sup>.

Al comparar los resultados obtenidos con estudios similares encontramos que existe considerable evidencia de que los pacientes con cáncer pueden beneficiarse de la participación en grupos de apoyo <sup>(178)</sup> y conseguir una mejora en la calidad de vida <sup>(310)</sup>. Los grupos de apoyo organizados funcionan como apoyo a las redes sociales y se consideran intervenciones rentables que pueden mejorar la calidad de vida del paciente <sup>(311)</sup>. Un hallazgo interesante a resaltar es que los supervivientes de cáncer de mama están entre los mayores usuarios de

grupos de apoyo <sup>(288)</sup>, y estos a menudo llenan vacíos importantes en la socialización que necesitan los pacientes en esta etapa de la enfermedad <sup>(289)</sup>. Los programas de apoyo pueden ofrecer un espacio a los participantes para obtener una mayor capacidad de afrontamiento, una mayor auto-eficacia, así como una oportunidad para el aprendizaje por observación y refuerzo <sup>(290)</sup>. Comentarios en esta línea de investigación acerca de los grupos de autoayuda, grupos dirigidos e intervenciones grupales muestran una mejoría entre los participantes en la calidad de vida <sup>(132, 309, 310, 312)</sup>.

Podemos afirmar, que uno de los objetivos prioritarios dentro de las terapias de grupo es destacar el papel activo que tiene cada persona ante su enfermedad, lo que proporciona un sentimiento de mayor control y dominio de la situación. Así, uno de los aspectos que aumentan este sentimiento es la información sobre el cuidado de la propia salud. La posibilidad de la terapia de grupo permite responder a las importantes necesidades comunicativas y de reflexión vivencial compartida que se observan en muchas pacientes. Pese a las limitaciones metodológicas de nuestro estudio, parece ser que la terapia de grupo realizada ha sido eficaz para mejorar el nivel emocional de la calidad de vida.

*Para tener una visión de conjunto de la bibliografía más relevante concerniente a esta hipótesis se incluye un cuadro de síntesis de estudios longitudinales y transversales, ver Anexo A-Cuadro 2.*

## 7.4 De la adaptación al cáncer y las asociaciones

En el presente estudio, el análisis descriptivo de los datos confirma que la adaptación psicológica al cáncer en los tres períodos estudiados es mayor en las mujeres que están vinculadas con una asociación frente a las que no lo están. La diferencia en las puntuaciones se acerca a los +/- 5 puntos no existiendo así grandes diferencias entre los dos grupos (66.95 vs 65.71, 68.71 vs 64.92, 70.22 vs 70,08).

Existe una asociación estadísticamente significativa a los seis meses de la intervención que sin embargo, al mes y al año no se encuentra ( $p= 0.05$ ,  $p= 0.74$ ,  $p= 0,52$ ).

Con respecto a los resultados de la asociación bivariada no encontramos asociación estadísticamente significativa en ninguno de los tres períodos, siendo

muy cercana a la significación a los seis meses ( $p= 0,064$ ). Existiendo una probabilidad de 3,2 y al año 1,4 veces mayor de que se adapten mejor al cáncer las mujeres que están vinculadas con una asociación que las que no lo están.

En los estudios que se asemejan a nuestros resultados, encontramos un ensayo aleatorio realizado por Fukui et al. (2000) con 50 mujeres japonesas con cáncer de mama, en el que demostró los efectos de una intervención psicosocial grupal en el estilo de afrontamiento adaptativo de estas pacientes. La evaluación del efecto de afrontamiento reveló un efecto sobre el espíritu de lucha, considerada constantemente como la respuesta más beneficiosa, especialmente en el carcinoma de mama <sup>(313-318)</sup>. La puntuación en la escala MAC del espíritu de lucha en el grupo experimental no fue significativo en el primer período, sin embargo a las 6 semanas fue significativamente mayor que en el grupo control ( $p= 0,003$ ). La mejora significativa en el grupo experimental fue marginalmente sostenida a los seis meses de seguimiento ( $p= 0,07$ ) <sup>(319)</sup>. La significación del afrontamiento al inicio y a los seis meses en nuestro estudio se equiparan a los obtenidos en nuestro estudio.

Los datos provenientes de un ensayo aleatorio controlado realizado por Dastan et al. (2012) son compatibles también con nuestros resultados. Su objetivo fue determinar los efectos de las intervenciones psicoeducativas en los niveles de adaptación al cáncer de mama de 88 mujeres turcas. Los resultados a las 6 semanas y a los 6 meses después del programa reveló que en el grupo experimental había provocado cambios positivos en los niveles de adaptación para el cáncer de mama de estas pacientes. Un incremento estadísticamente significativo en la subdimensión “espíritu de lucha” ( $p=0.000$ ,  $p=0.000$ ), y una disminución estadísticamente significativa en los resultados de las subdimensiones “preocupación ansiosa” ( $p=0.000$ ,  $p=0.000$ ), desesperanza/desamparo ( $p=0.000$ ,  $p=0.000$ ), y “fatalismo” ( $p=0.002$ ,  $p=0.000$ ) <sup>(320)</sup>. En este estudio los pacientes del grupo experimental informaron de que sus niveles de conocimiento sobre su enfermedad aumentaron tras el programa de educación, se enfrentaron a sus problemas más fácilmente, se habló de ellas y sus problemas de una manera más cómoda, tenían menores niveles de aislamiento y culpabilidad, sintieron un sentido de pertenencia en el grupo, se hicieron más fuertes y su poder de lucha contra la enfermedad fue mejorado. A su vez el hablar con otras personas de experiencias similares y aprendiendo de cada uno fueron eficaces. Consideramos que estas experiencias sentidas por los pacientes en el grupo experimental fueron

asociados con los cambios ocurridos en el proceso de adaptación del cáncer. Los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de que los niveles de ajuste al cáncer en pacientes que participan en un grupo de soporte psicoeducacional incrementan con la psicoeducación a las 6 semanas, y a los 6 meses<sup>(320)</sup> tal y como se obtiene en esta tesis.

En otro estudio llevado a cabo por Manos et al. (2009) en el que participaron 188 mujeres españolas que habían sido operadas de cáncer de mama, y que siguieron un programa de intervención psicosocial, las mujeres en la intervención de grupo tuvieron menos preocupación ansiosa ( $p < 0,05$ ), más espíritu de lucha ( $p < 0,01$ ) y más esperanza/optimismo ( $p < 0,01$ ) al terminar la intervención (post-tratamiento) y en los seis meses de seguimiento. En consecuencia, el aumento del espíritu de lucha y esperanza/optimismo y la disminución de la preocupación ansiosa en las pacientes que participaron en el programa de intervención psicosocial son evidencia adicional de la eficacia de la intervención en la prestación de una mejor adaptación psicosocial para el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Es importante señalar que estos resultados refuerzan la evidencia de que la eficacia de una intervención psicosocial para pacientes con cáncer de mama está suspeditada a su estructura y técnicas utilizadas. En este estudio hubo mejoras importantes en términos de calidad de vida y ajuste mental después de una intervención estructurada que utiliza ambos elementos educativos y cognitivo-conductuales, así como ofrecen apoyo social en forma de reuniones de los grupos de pacientes<sup>(321)</sup>.

Al igual que en nuestros resultados del primer y tercer período han sido publicados varios estudios de diferentes contextos culturales que están en línea con los datos obtenidos en la que no se observa asociación estadísticamente significativa entre el efecto de la intervención y la adaptación psicológica a la enfermedad.

Boesen et al. (2011) realizó un ensayo aleatorio con 210 pacientes danesas con cáncer de mama a las que se les asignó al grupo experimental una intervención grupal psicosocial en tres períodos establecidos, al mes, a los seis meses y al año, al igual que en los períodos establecidos en nuestra hipótesis. En los resultados no se encontraron efectos significativos en la adaptación psicológica con respecto al grupo control en ninguna de las estrategias de afrontamiento. Con respecto a las medias iniciales encontramos  $p = 0.12$  en espíritu de

lucha,  $p=0.83$  en Desamparo-Desesperanza (Indefensión),  $p= 0.87$  en Preocupación Ansiosa, evitación cognitiva  $p= 0.81$  y Fatalismo  $p= 0.21$  <sup>(322)</sup>.

Kissane et al. (2003) llevó a cabo un ensayo controlado aleatorio con 303 australianas con cáncer de mama en el que se llevó a cabo la participación en psicoterapia de grupo cognitivo-existencial. El efecto de la intervención en la adaptación psicológica no fue relevante en su resultado ( $p > 0.05$ ) precisando futuras investigaciones sobre los beneficios de este tipo de terapia y haciendo hincapié en que una reevaluación de las actitudes negativas podría haber dado lugar a una mejor adaptación de estas pacientes <sup>(323)</sup>.

Dolbeault et al. (2008) desarrolló un estudio con 203 mujeres francesas con cáncer de mama a las que se les asignó de forma aleatoria una intervención psicoeducativa. Se encontró resultados satisfactorios con respecto a la calidad de vida y a la reducción de ansiedad y depresión en estas pacientes, sin embargo en contraste, las estrategias de afrontamiento no eran significativamente diferentes entre ambos grupos ( $p > 0.05$ ). La falta de efecto del grupo psicoeducativo sobre la adaptación psicológica podría estar relacionada con la técnica de psicoterapia utilizada <sup>(324)</sup>. Este estudio presenta ciertas limitaciones, los resultados se basan únicamente en medidas subjetivas del estado psicológico, así que hay un posible sesgo psicosocial (por ejemplo efecto Hawthorne). Las medidas objetivas tales como el retorno al trabajo podría ser un resultados psicosocial importante en supervivientes de cáncer de mama <sup>(325)</sup>.

Una limitación importante compartida con nuestro estudio es la falta de datos completos de los pacientes, que no completaron los cuestionarios en los tres tiempos de evaluación, debilitando así los resultados.

En resumen, se puede afirmar que la mejora de la adaptación de las mujeres con cáncer de mama puede lograrse con la elección de una terapia ajustada a las necesidades de cada individuo y llevada a cabo a largo plazo. No todos los pacientes se sienten cómodos en un grupo y en consecuencia se debería ofrecer una gama de terapias, incluyendo individual, grupal y familiar para cumplir con las necesidades de todos los pacientes.

Dado que la lucha contra el cáncer no se produce de forma aislada, el contexto social y las relaciones cercanas de la mujer deben ser tenidas en cuenta <sup>(326)</sup>.

Un gran número de investigaciones en las últimas décadas ha confirmado que el apoyo social percibido de las mujeres es un factor crítico en su adaptación al cáncer<sup>(125, 327, 328)</sup>.

Por tanto futuras búsquedas deberían identificar las necesidades de las pacientes con cáncer de mama para adecuar el tipo de intervención adecuada e incorporarla en el modelo integral de tratamiento.

*Para tener una visión de conjunto de la bibliografía más relevante concerniente a esta hipótesis se incluye un cuadro de síntesis de estudios longitudinales y transversales, ver Anexo A-Cuadro 3.*

## 7.5 De la imagen corporal y las asociaciones

Los resultados encontrados en el análisis descriptivo de los datos, confirman que la prevalencia de alteración de la imagen corporal en las mujeres con cáncer de mama que estaban vinculadas con una asociación era mayor que las que no lo estaban en los tres períodos estudiados (6.75 vs 3.24; 8.90 vs 6.13; 7.39 vs 6.17). La diferencia de medias en las puntuaciones de la escala BIS se acerca a los +/- 5 puntos estadísticamente significativos.

El aumento de la prevalencia de la alteración de la imagen corporal a los 6 meses de ser intervenido en ambos grupos puede ser debido a la coincidencia de estar recibiendo el tratamiento de quimioterapia con los efectos secundarios que este conlleva, existiendo una diferencia más notable en el grupo no vinculado a una asociación.

Con el paso del tiempo, haciendo referencia al año de ser intervenidas, las mujeres vinculadas con una asociación mejoran su percepción de imagen corporal frente a las que no están vinculadas.

Tan solo obtenemos significación estadística en el primer período estudiado en el que las mujeres con cáncer de mama tengan una peor imagen corporal y hayan necesitado la vinculación con una asociación ( $p= 0,033$ ).

Con respecto a los resultados del análisis bivariado encontramos significación estadística al mes ( $p= 0.037$ ) y una probabilidad de 4,8 veces más de tener peor imagen corporal las mujeres que acuden a una asociación con respecto a las que no (OR= 4,811 [IC=1,099-21,064]). A los seis meses y al año resulta

una probabilidad de 1,6 y 1,2 respectivamente de tener peor imagen corporal las mujeres que acuden a una asociación frente a las que no (OR= 1,635 [IC=0,500-5,346]), (OR= 1,284 [IC=0,348-4,740]).

Con respecto a la edad, las mujeres con cáncer de mama más mayores tienen menos alteración de la imagen corporal. No se han documentado apenas en la bibliografía trabajos que incluyan información detallada sobre esta línea de investigación.

Schmid-Büchi et al. (2013) realizó un estudio transversal con 175 mujeres con cáncer de mama en la que tenía por objetivo alcanzar una visión de las necesidades de atención de apoyo de estas mujeres y los factores que estaban asociados.

La alteración de la imagen corporal, el deterioro físico y social, la angustia, la ansiedad y depresión y los conflictos en sus relaciones personales se asociaron con necesidades de atención de apoyo.

Las necesidades de ayuda en distintos dominios fueron más probables cuando las pacientes expresaron una imagen corporal más deteriorada. Así, en la vida diaria las necesidades de ayuda fueron 3,78 veces más probables ( $p < 0,001$ ), (OR= 3,78 [IC=1.91-7.46]), con el dominio de necesidades psicológicas las necesidades de ayuda fueron 2,79 veces más probables ( $p = 0,001$ ), (OR= 2,79 [IC=1.49-5.22]) y las necesidades de ayuda con problemas sexuales fueron 2,29 veces más probables ( $p = 0,002$ ), (OR= 2,29 [IC=1.35-3.89]) cuando los pacientes expresaron mayor deterioro de la imagen corporal.

En cinco modelos de regresión de este estudio, se encontró que los pacientes con una alteración de la imagen corporal y un mayor deterioro físico y social tenían necesidades de atención de un mayor apoyo. Estos factores pueden identificar a las pacientes que son más vulnerables y necesitadas de ayuda.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, la quimioterapia, radioterapia y tratamientos endocrinos tienen impacto en la apariencia física de las mujeres afectando a su autopercepción pudiendo causar incertidumbre y afectar negativamente su autoestima.

Se puede afirmar que las mujeres con cáncer de mama que tienen una mayor alteración de la imagen corporal tienen más necesidades insatisfechas, y

por tanto, la búsqueda de apoyo y la vinculación con una asociación de pacientes es mayor que en mujeres que tienen una mejor percepción de la imagen corporal.

*Para tener una visión de conjunto de la bibliografía más relevante concerniente a esta hipótesis se incluye un cuadro de síntesis de estudios longitudinales y transversales, ver Anexo A-Cuadro 4.*

## 7.6 De la ansiedad y depresión y las asociaciones

En el análisis descriptivo de los datos se confirma la hipótesis planteada en este estudio, obteniendo que la prevalencia de ansiedad y depresión en las mujeres con cáncer de mama que están vinculadas con una asociación es mayor en los tres períodos estudiados con respecto a las que no lo están y existiendo una asociación estadísticamente significativa (10.50 vs 9.20; 12.43 vs 9.38; 10.67 vs 9.04), ( $p=0,014$ ).

Con respecto al análisis bivariado, encontramos que las mujeres con cáncer de mama que están vinculadas con una asociación tienen casi 5 veces más de probabilidad de tener ansiedad y depresión con respecto a las que no lo están, siendo su asociación estadísticamente significativa ( $p=0,017$ ), (OR= 4,933 [IC=1,331-18,285]).

Se ha publicado un estudio realizado por Liu et al. (2011) con 401 mujeres chinas con cáncer de mama en el que se afirma que existe una fuerte asociación entre las necesidades de las pacientes y la presión de sufrimiento psicológico con un cáncer de mama recién diagnosticado. Se utilizó el análisis de correlación de Pearson para examinar la correlación entre las puntuaciones de ansiedad y depresión según la escala HADS y el apoyo social.

Los resultados confirman que existe una asociación estadísticamente significativa entre el soporte social y los síntomas de ansiedad ( $p<0,01$ ) y depresión ( $p<0,001$ ). Este hecho apoya de una manera más precisa el resultado significativo de nuestro estudio.

Otro estudio reciente relacionado con esta línea de investigación es el llevado a cabo por Uchida et al. (2011) en el que participaron 87 mujeres japonesas con cáncer de mama y estudiaron la asociación entre las necesidades percibidas de los pacientes y el grado de distrés psicológico. Los resultados asociaban de manera significativa las necesidades psicosociales de atención de apoyo



con ambos trastornos psicológicos (HADS totales:  $p < 0.01$ , HADS ansiedad:  $p < 0.01$ , HADS depresión  $p < 0.01$ ). Cada puntuación de la escala de necesidades de la SCNS-F34 (Supportive Care Needs Survey), incluyendo información y cuidado del paciente y apoyo entre otros, se asoció significativamente con todos los tipos de trastornos psicológicos evaluados (ansiedad, depresión y HADS total). Los coeficientes de correlación oscilaron entre 0,42 (la asociación entre la HADS depresión y la necesidad de información,  $p < 0.01$ ) a 0,69 (la asociación entre HADS total y la necesidad psicológica,  $p < 0,01$ ). Se puede afirmar una de las conclusiones de este estudio en el que el malestar psicológico se puede mejorar si se realizan intervenciones para resolver las necesidades psicológicas y de información que surgen en estas pacientes que padecen cáncer de mama, de ahí la vinculación a una asociación mencionada en nuestro estudio. Si retomamos el análisis decriptivo de los datos podemos señalar que en el transcurso de los seis meses al año de la intervención las mujeres que estaban vinculadas con una asociación disminuyeron la prevalencia de ansiedad y depresión según las puntuaciones obtenidas de la escala HADS (12.43 vs 10.47).

Schmid-Büchi et al. (2011) realizó un estudio en el que evaluó y comparó las necesidades psicosociales de 72 pacientes con cáncer de mama suizas y sus familiares. Analizó la carga de enfermedad, la ansiedad, la depresión y la angustia así como los síntomas relacionados con el tratamiento.

Las pacientes informaron que necesitaban ayuda con los problemas psicológicos, así la depresión y los síntomas relacionados con el tratamiento estaban relacionados con las necesidades de los pacientes para la atención de apoyo e información. En términos estadísticos existía una asociación significativa de los resultados de la depresión con el dominio del sistema de salud e información del modelo de necesidades de atención de apoyo ( $p = 0,001$ )<sup>(214)</sup>.

Bajo los resultados obtenidos en nuestra hipótesis podemos decir que se asemejan a este estudio en el concepto de que un peor bienestar clínicamente significativo se asocia a una mayor necesidad de búsqueda de apoyo e información de las pacientes en el transcurso de la enfermedad. Sin embargo, existen varias limitaciones en este estudio que no permiten la generalización de los resultados. Se trata de una muestra pequeña con una baja tasa de respuesta y su diseño transversal no permitió evaluar los cambios en el tiempo.

Por otro lado, el estudio revela oportunidades para proporcionar servicios integrales en la atención de cáncer de mama. Los problemas psicológicos de las pacientes, la depresión, la carga de sufrimiento y en particular los altos niveles de síntomas relacionados con el tratamiento sugieren necesidades sustanciales para la atención de apoyo en curso y para el manejo efectivo de los síntomas en el seguimiento clínico. Por lo tanto, la evaluación continuada de los problemas y necesidades psicológicos de los pacientes y familiares puede servir de base para una educación y asesoramiento útil.

Dos años más tarde Schmid-Büchi et al. (2013) realizó otro estudio con 175 mujeres suizas con cáncer de mama en el que se investigaron no sólo las necesidades de atención de apoyo sino también los factores que se asocian significativamente con las necesidades de los pacientes. El cáncer de mama es un reto, pero también una experiencia individual para cada paciente. No todos los pacientes necesitan ayuda en su proceso de adaptación, algunos son más vulnerables que otros, por tanto se ha querido comparar los pacientes que tenían necesidades de ayuda con los pacientes que no tenían necesidades. Más de la mitad de pacientes sufría de malestar clínicamente significativo. En 4 modelos de regresión logística, la angustia, la ansiedad y la depresión son factores que distinguen a pacientes con necesidades no cubiertas de pacientes con necesidades satisfechas.

Según los modelos de regresión logística con cada uno de los dominios de las necesidades de atención de apoyo del SCNS, se obtuvo que las variables significativas que predijeron las pacientes como necesidades no satisfechas fueron la angustia, ansiedad, depresión y la relación interpersonal. Cuando la ansiedad se incrementó las necesidades insatisfechas relacionadas con el sistema de salud y la información aumentaron en 1,24 su probabilidad ( $p < 0.001$ ), (OR=1.24 [IC=1,13-1,37]). Cuando la depresión se incrementó las necesidades de cuidado y soporte aumentaron en 1,44 su probabilidad ( $p < 0.001$ ), (OR=1.44 [IC=1,24-1,71]).

Existe por tanto una asociación significativa de la ansiedad y depresión con las necesidades de soporte y ayuda de las mujeres con cáncer de mama, resultados que quedan en línea con nuestra hipótesis.

Los resultados de estos estudios muestran que la evaluación de la ansiedad y depresión en estas pacientes es importante porque puede ayudar a identificar a las pacientes con necesidades no satisfechas desde el principio.

*Para tener una visión de conjunto de la bibliografía más relevante concerniente a esta hipótesis se incluye cuadro de síntesis de estudios longitudinales y transversales y cuadro de revisiones sistemáticas y metaanálisis, ver Anexo A-Cuadro 5 y 6.*

## **7.7 De la prevalencia del crecimiento postraumático y las mujeres de hasta 50 años**

El estudio evidencia que las pacientes con cáncer de mama menores de 50 años presentan más frecuentemente un mayor crecimiento postraumático con respecto a las de mayor edad en los tres períodos estudiados, al mes de la intervención quirúrgica, a los seis meses y al año (60,42 vs 57,92 ; 62,76 vs 57,02 ; 69,09 vs 54,75 ;  $p= 0,014$ ).

De hecho, las mujeres más jóvenes tienen 17,67 veces más de probabilidad de tener un crecimiento postraumático mayor, que las mujeres de mayor edad. Se muestra una asociación bivariada de la edad de las mujeres más jóvenes ( $\leq 50$  años) con respecto a las más mayores ( $> 50$  años), esto es, conforme disminuye la edad hay una tendencia relativa mayor de crecimiento postraumático, con una asociación estadísticamente significativa ( $p= 0,017$ ).

Nos encontramos con estudios relevantes recientes que apoyan la hipótesis planteada de que las pacientes más jóvenes tienen mayor crecimiento postraumático. En un estudio de 100 mujeres griegas con cáncer de mama realizado de Mayo a Julio de 2006 que relacionan un mayor crecimiento postraumático en las mujeres más jóvenes con respecto a las mujeres de mayor edad con una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ )<sup>(329)</sup>.

Por ejemplo, Manne et al. encontraron que las pacientes de cáncer de mama más jóvenes tuvieron puntuaciones más altas de CPT poco tiempo tras la cirugía, así como a los 9 y 18 meses después con una asociación estadísticamente significativa (49%, 52,8%, 55,7%) ( $p= 0,007$ ) (74), coincidiendo ese aumento con los resultados obtenidos en el estudio realizado en los tres períodos evaluados, al mes del diagnóstico, a los seis meses y al año, siendo el aumento del CPT

progresivo en el tiempo además de ser mayor en las mujeres más jóvenes con respecto a las más mayores.

Resultados semejantes encuentran Bellizi y Blank en su estudio transversal de 2006 llevado a cabo con 224 mujeres con cáncer de mama, en las que encontraron una asociación estadísticamente significativa entre el crecimiento postraumático y las mujeres con cáncer de mama más jóvenes ( $p < 0,001$ )<sup>(96)</sup>.

En un estudio estadounidense de Lechner et al. de mujeres y hombres con cáncer también se obtiene resultados estadísticamente significativos de que los pacientes más jóvenes obtienen mayor crecimiento postraumático que los más mayores ( $p < 0,01$ )<sup>(95)</sup>.

Según algunos autores<sup>(330, 331)</sup>, estas diferencias podrían deberse a que, para los adultos jóvenes, el impacto psicológico de un diagnóstico de cáncer es mayor y podrían necesitar una mayor adaptación. Otra explicación que apoya esta diferencia se encuentra en un metaanálisis realizado por Van 't Spiker et al. que recoge una revisión de 58 estudios realizados entre 1980 a 1994 en pacientes con cáncer y que afirma que existen dos posibles explicaciones para este hallazgo. En primer lugar, un diagnóstico de cáncer de mama es menos normativo, más amenazante y más preocupante para las mujeres más jóvenes, siendo la mayor amenaza, la que podría impulsar en mayor medida el crecimiento postraumático. En segundo lugar, las mujeres más jóvenes pueden ser más conscientes e influenciadas por las expectativas para adoptar una actitud positiva y por lo tanto pueden evidenciar un mayor crecimiento postraumático<sup>(332)</sup>. También Manne et al. hace referencia al hecho de que los más jóvenes podrían estar más motivados a adoptar actitudes positivas por la cantidad de vida que perciben que tienen por delante<sup>(82, 333)</sup>.

Esto refuerza la hipótesis planteada de que las mujeres más jóvenes tienen mayor crecimiento postraumático que las de mayor edad debido a que poseen mayores expectativas en la vida y porque además el hecho de percibir un diagnóstico de cáncer de mama como una amenaza les conduce a la búsqueda de adaptación psicológica basada en cambios positivos que afectan a la esfera emocional, intelectual y vital de una persona.

*Para tener una visión de conjunto de la bibliografía más relevante concerniente a esta hipótesis se incluye un cuadro de síntesis de estudios longitudinales y transversales, ver Anexo A-Cuadro 7.*

## 7.8 De la prevalencia del crecimiento postraumático y el número de situaciones vitales estresantes padecidas

En relación a la prevalencia de crecimiento postraumático y el número de situaciones vitales estresantes padecidas en mujeres con cáncer de mama hallamos en nuestra investigación una mayor prevalencia de crecimiento postraumático en mujeres que no han pasado o han pasado por una situación vital estresante frente a las que han pasado por más de una. Aunque su asociación no resulta estadísticamente significativa en los tres períodos establecidos, estaría más cercana a la significación al año si aumentáramos el tamaño muestral (60.50 vs 57.69 ;  $p=0,68$ ), (61.93 vs 57.98 ;  $p=0,62$ ), (66.41 vs 56.74 ;  $p=0,23$ ).

Con respecto a la asociación bivariada, existe una probabilidad al mes y año de 2.4 y 1.7 veces más de que las mujeres con cáncer de mama que han pasado por una o ninguna situación vital estresante tengan más crecimiento postraumático que las que han pasado por más de una ( $p=0,253$ ; OR= 2,490 [IC= 0,520-11,916]), ( $p=0,475$ ; OR= 1,721 [IC= 0,387-7,644]).

La asociación con respecto a la edad resulta que las mujeres con cáncer de mama más mayores tienen menos crecimiento postraumático que las más jóvenes independientemente del número de situaciones vitales estresantes que les hayan ocurrido, aunque es evidente que existe una mayor probabilidad de que hayan pasado por más situaciones vitales estresantes que las más jóvenes.

Según diversos autores, el aumento de la edad podría predisponer al crecimiento relacionado con el estrés (SRG), sinónimo de crecimiento postraumático<sup>(88,334,335)</sup>, debido a una mayor propensión a aprender de las experiencias de vida anteriores<sup>(336,337)</sup>, así como a ser más optimistas en situaciones de estrés y de “mirar el lado brillante” de las cosas<sup>(338,339)</sup>. Sin embargo, hay un punto de vista alternativo. Según Bonanno et al. (2005) sobrevivir a los desafíos del pasado, incluidas las pérdidas previas, podría hacer que los de media y más avanzada edad fueran más resistentes, reduciendo al mínimo los efectos perjudiciales de la actual pérdida<sup>(340)</sup>. El crecimiento es menos probable que ocurra en la persona resistente debido a que el impacto traumático de la pérdida no es tan fuerte por lo que la lucha para reconstruir no es tan difícil<sup>(341)</sup>. Esta línea de investigación apoya por tanto nuestra hipótesis en las que las personas que han

pasado por más situaciones vitales estresantes tienen menos probabilidad de que crezcan ya que el impacto frente a las situaciones adversas es menos fuerte por haber sobrevivido a más desafíos que las personas que no han pasado por ninguna o una situación vital estresante.

Se ha encontrado a su vez evidencia en varios estudios en cuanto al tiempo de aparición del crecimiento, en los cuales, las muestras que habían experimentado una variedad de acontecimientos vitales estresantes el crecimiento podría surgir de una manera más temprana para aquellas personas más predisuestas <sup>(342-344)</sup>. Por otra parte un metaanálisis realizado por Hegelson et al (2006) encontró variabilidad notable pero no relación entre el crecimiento y la cantidad de tiempo que pasa desde el evento traumático <sup>(341)</sup>. Dada la evidencia de la existencia de varias trayectorias del duelo que van desde una inmensa dificultad de sobreponerse a la resiliencia <sup>(340, 345, 346)</sup>, no está del todo claro en qué medida las personas que se enfrentan a una adversidad serían más propensas a experimentar un crecimiento como resultado de la pérdida e igualmente de incierto en cuanto a cuánto tiempo tiene que pasar antes de que emerja el crecimiento <sup>(347)</sup>. En consecuencia, es meritorio el trabajo de Schaefer et al. (2001) al sugerir un mejor entendimiento del momento y los factores asociados con el crecimiento entre las personas en duelo <sup>(337)</sup>.

Resulta controvertida la opinión de diversos autores acerca de la descripción de los métodos actuales de evaluación del crecimiento abordando el concepto de dimensionalidad y revisión de las nociones acerca de si el crecimiento es una construcción unitaria o multidimensional. De este modo, describen los problemas de medición relacionados con la la experiencia previa del individuo con los eventos traumáticos y estresantes. En concreto, de acuerdo con la teoría de la inoculación del estrés, los autores postulan que las experiencias anteriores pueden predisponer a un individuo para hacer frente de manera más eficaz con los nuevos acontecimientos estresantes, que podrían conducir a un mayor crecimiento <sup>(348)</sup>.

A pesar de que apenas no se ha documentado bibliografía que incluya una información detallada sobre la relación entre el crecimiento postraumático y el número de situaciones vitales estresantes ocurridas en las mujeres con cáncer de mama, se puede afirmar que existen diversidad de factores que podrían influir

en el crecimiento postraumático de estas mujeres y que sería preciso tenerlos en cuenta.

Con los resultados de esta hipótesis no se pueden establecer efectos de causalidad, sin embargo los hallazgos encontrados podrían motivar la investigación futura acerca de si el número de situaciones vitales estresantes podría motivar un mayor o menor crecimiento postraumático.

## **7.9 Del riesgo de enfermar según escala de Holmes y Rahe y haber padecido una enfermedad psicológica y/o psiquiátrica previa**

En el análisis descriptivo de los datos y según la escala de Holmes y Rahe sobre acontecimientos vitales estresantes se obtiene que la media de las mujeres con cáncer de mama que obtienen una mayor puntuación han padecido una enfermedad psicológica y/o psiquiátrica previa de ansiedad y/o depresión con respecto a las mujeres con cáncer de mama que no han pasado por una enfermedad, resultando estadísticamente significativo la asociación entre tener riesgo de enfermar y haber padecido una enfermedad psicológica o psiquiátrica previa (99,33 vs 73,87) ( $p=0,020$ ).

Con respecto a los resultados del análisis bivariado, las mujeres con cáncer de mama que tenían riesgo de enfermar, obtenían una probabilidad 34 veces mayor de haber pasado una enfermedad psicológica o psiquiátrica previa de ansiedad y/o depresión con respecto a las mujeres que no tenían riesgo, siendo su asociación también significativa ( $p=0,013$ ), (OR= 34,411 [IC=2,130-555,870]).

Haciendo referencia a la edad, las mujeres más mayores tienen mayor riesgo de enfermar siendo su probabilidad estadísticamente significativa ( $p=0,025$ ).

Haciendo referencia a la bibliografía de estudios clásicos, se estableció que un grupo de acontecimientos sociales que requieren un cambio de adaptación a la vida en curso se asoció significativamente con el tiempo de inicio de una enfermedad<sup>(349)</sup>. Del mismo modo la relación del estrés emocional y la

aparición de la enfermedad ha sido demostrado por otras investigaciones<sup>(350-356)</sup>.

Los resultados de esta hipótesis confirman los resultados hallados anteriormente en el que una mayor puntuación en la escala de reajuste social que significa un mayor estrés vital al que está sometida la persona, estaba asociado al padecimiento de una enfermedad. A su vez, existe una sólida evidencia de que los acontecimientos de la vida estresantes evocan reacciones psicofisiológicas y juegan un importante papel causal en la historia natural de muchas enfermedades<sup>(357-360)</sup>.

Según González de Rivera JL., en la conceptualización de los mecanismos psicopatogénicos, ha indicado que la disrupción de la homeostasis y la disminución de los mecanismos de defensa como la hipótesis más probable para explicar esta relación entre factores externos de estrés y enfermedad<sup>(361)</sup>.

Desde el primer estudio hace más de 30 años por Holmes y Rahe<sup>(362)</sup>, los acontecimientos vitales han sido una fuente importante de estudios en la epidemiología psiquiátrica<sup>(363-367)</sup>, tal y como se manifiesta con los resultados de nuestra hipótesis.

De forma más precisa se expuso que los acontecimientos vitales estresantes dependientes y los inicios de la depresión podrían estar asociados porque tales acontecimientos vitales estresantes aumentan directamente el riesgo de depresión mayor (es decir, una relación causal) y/o porque algún tercer conjunto de factores tales como la vulnerabilidad genética predispone a ambos eventos estresantes de la vida y depresión mayor (es decir, una relación no causal). Por el contrario, la asociación entre los eventos estresantes de la vida independientes y la aparición de depresión mayor es probable que sea totalmente causal, ya que este tipo de eventos se supone que son ajenos al propio comportamiento de un individuo, lo que resulta en su mayoría de “mala suerte”<sup>(368)</sup>.

Esta línea de investigación que lleva tanto tiempo buscando nuevos hallazgos sigue manteniéndose en la actualidad. Así encontramos bibliografía reciente realizada por Asselamn et al. (2015) que realizó un estudio comunitario prospectivo longitudinal en 2.304 adolescentes y adultos jóvenes alemanes con respecto a si los eventos de peligro y pérdida diferencialmente predicen la aparición de ansiedad y depresión. Los resultados mostraron que los eventos de



pérdida meramente predijeron depresión con una probabilidad de 2.4, ( $p < 0.001$ ), (OR= 2.4 [IC= 1.05-3.09]), los eventos de peligro predijeron la ansiedad con una probabilidad de 2.3, ( $p < 0.023$ ), (OR= 2.3 [IC= 1.1-4.6]) y la depresión con una probabilidad de 2.5, ( $p < 0.001$ ), (OR= 2.5 [IC= 1.7-3.5]). Los eventos mixtos predijeron la ansiedad con una probabilidad de 2.9, ( $p < 0.002$ ), (OR= 2.9 [IC= 1.5-5.7]) y la depresión con una probabilidad de 2.4, ( $p < 0.001$ ), (OR= 2.4 [IC= 1.6-3.4])<sup>(369)</sup>.

A su vez el estudio realizado por Phillips et al. con participantes escoceses distribuidos en dos cohortes de edad (N= 732, n= 705) contribuye a proporcionar evidencia sobre la relación de los eventos estresantes de la vida y la depresión, teniendo en cuenta que este enlace es bidireccional. Los sucesos fueron predictores de la sintomatología depresiva de forma significativa ( $p = 0.001$ ), sin embargo la asociación de la depresión y los acontecimientos vitales era menos fuerte ( $p = 0.06$ ), mientras que la ansiedad predijo eventos estresantes de la vida ( $p = 0.001$ )<sup>(370)</sup>.

Como se ha podido comprobar, el tipo de muestra escogida en esta tesis como son las mujeres con cáncer de mama, no se asemeja a ninguno de los estudios encontrados, pero se puede afirmar que los resultados de la hipótesis van en la línea de la bibliografía que se ha trabajado, en el que un mayor estrés de vida que surge tras la ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes condiciona una mayor probabilidad de padecer una enfermedad, en este caso de una enfermedad psicológica o psiquiátrica como la ansiedad o depresión. Además, es preciso tener en cuenta que existen otros factores por los que se puede desencadenar este tipo de trastornos incluso cambiar la direccionalidad del elemento causal.

## **7.10 De la prevalencia del crecimiento postraumático y una situación socioeconómica media - alta**

En el presente estudio se confirma que la media de crecimiento postraumático en las mujeres con cáncer de mama con una situación socioeconómica media alta es mayor que las mujeres con cáncer de mama con una situación socioeconómica baja en los tres períodos estudiados siendo su aumento progresivo a lo largo del primer año (59.66 vs 58.13), (62.35 vs 53.07), (65.60 vs 52.84).

Su asociación según el estudio cualitativo no resulta significativa pero se podría obtener potencia estadística si aumentáramos el tamaño muestral.

Según el análisis de regresión binaria las probabilidades de las mujeres con cáncer de mama que tienen una situación socioeconómica media-alta tienen una probabilidad de 2.1, 2.4, y 3.2 veces más de tener un mayor crecimiento postraumático en los tres períodos estudiados que las mujeres que tienen una situación socioeconómica media-baja. Siendo su asociación estadísticamente no significativa pero muy cercana a la significación si aumentamos el tamaño muestral ( $p=0,323$ ), ( $OR=2,150$  [ $IC=0,471-9,823$ ]); ( $p=0,265$ ), ( $OR=2,405$  [ $IC=0,513-11,266$ ]).

El estatus socioeconómico, operativizado como el nivel de ingresos y/o educacional (según el estudio), no presenta una relación especialmente sólida con el crecimiento postraumático en muchos estudios encontrados. Varios términos se han usado para manejar el concepto de cambios psicológicos positivos como el crecimiento postraumático, crecimiento relacionado con el estrés y beneficio encontrado. En la bibliografía se manifiesta que los beneficios encontrados relacionados con el cáncer de mama parece ser un fenómeno relativamente frecuente y muchos estudios anteriores se han centrado en la relación entre variables sociodemográficas, variables relacionadas con la enfermedad y beneficios encontrados en pacientes con distintas etapas de cáncer de mama<sup>(89, 92, 95, 371, 372)</sup>.

Los estudios sobre la relación entre el estatus socioeconómico y el beneficio encontrado en mujeres con cáncer de mama mostraron resultados controvertidos. En investigaciones anteriores, Tomich et al. (2004) encontraron que un estatus socioeconómico inferior (incluyendo educación e ingresos) se asocia con mayor beneficio encontrado<sup>(84)</sup>, pero Lechner et al. (2003) reseñó que no existía ninguna asociación significativa entre la educación o el nivel de ingresos y el beneficio percibido en pacientes con diversos tipos de cáncer, la mayoría de los cuales son supervivientes de cáncer de mama<sup>(95)</sup>.

En un estudio reciente realizado por Wang et al. (2014) con una muestra de 404 mujeres con cáncer de mama no metastásico encontraron que el nivel educativo tiene asociaciones positivas con el beneficio encontrado general<sup>(373)</sup>, siendo consistentes con los hallazgos de Sears et al. (2003) para la educación y Córdova et al. (2001) para los ingresos<sup>(89, 92)</sup>. Sin embargo Tomich y Hegelson

encontraron que la educación y los ingresos más bajos se asocian con más beneficio encontrado en las mujeres con cáncer de mama, que estaban en los 4 meses posteriores al diagnóstico, poco después de que comenzó la quimioterapia <sup>(84)</sup>. Los conflictos implican que la relación entre el estatus socioeconómico y el beneficio encontrado puede ser distinta en diferentes períodos durante el tratamiento.

Otro estudio que manifiestan una asociación inconsistente entre el status socioeconómico y el crecimiento postraumático ha sido el de Widows et al. (2005) que realizó un estudio longitudinal con 72 pacientes americanas sometidas a trasplante de médula ósea, una población de pacientes con cáncer sometidos a un tratamiento más agresivo y de un mayor riesgo que las mujeres con cáncer de mama no metastásico. Uno de sus objetivos fue ampliar la investigación sobre el crecimiento postraumático además de identificar los predictores psicosociales de las diferencias individuales en dicho crecimiento. Los resultados mostraron una asociación no significativa entre el nivel de ingresos y el crecimiento postraumático ( $r = -0.13$ ;  $p = 0.31$ ) <sup>(374)</sup>.

Esta asociación no significativa concuerda con el resultado de algún estudio revisado en un metaanálisis realizado por Hegelson et al. (2006) en el que la influencia del nivel socioeconómico sobre el crecimiento postraumático se observó negativa, es decir, a mayores ingresos se obtuvo un menor crecimiento <sup>(341)</sup>. Entre los correlatos demográficos, las revisiones narrativas han sugerido que las relaciones entre el crecimiento y el estado socioeconómico son inconsistentes <sup>(91, 294)</sup>.

Sin embargo, existen otros estudios que encuentran una relación significativa entre los ingresos y un mayor crecimiento postraumático.

Cordova et al. (2001) realizó un estudio transversal con 70 mujeres con cáncer de mama y 70 mujeres sanas, en él se encontró que los resultados del PTGI eran significativamente correlacionados con los ingresos ( $r = 0.27$ ,  $p < 0.05$ ), es decir, un mayor estatus socioeconómico se relacionó con un mayor crecimiento postraumático entre los participantes de cáncer de mama <sup>(89)</sup>. En la misma línea de correlación se realizó un estudio por Updegraff et al. (2002) en el que se trató con 189 mujeres americanas con VIH positivo. Los resultados mostraron que un mayor nivel de ingresos estaba asociado con mayores cambios positivos relacionados con el VIH ( $r = 0.23$ ,  $p < 0.01$ ) <sup>(375)</sup>.

Hobfall S.E. (1989) manifiesta que los recursos financieros pueden actuar como un amortiguador durante las experiencias estresantes, incluso puede permitir la precepción de un cambio positivo <sup>(376)</sup>.

Carpenter et al. (1999) llevó a cabo un estudio con 60 mujeres americanas supervivientes con cáncer de mama y 60 mujeres americanas sanas. El análisis narrativo que se realizó reveló tres categorías de transformación entre los supervivientes de cáncer de mama: la transformación positiva, transformación mínima y el sentirse atrapado, teniendo en cuenta el término auto-transformación que hace referencia a los cambios que se producen en la persona después del diagnóstico y tratamiento del cáncer, pudiendo ser vistos de manera positiva (crecimiento) o negativa (pérdida) por el individuo. Los resultados mostraron que los supervivientes de cáncer de mama en el grupo de transformación positiva tuvieron significativamente más probabilidad de tener ingresos por encima de la media en comparación con los otros dos grupos. Es decir aquellas mujeres supervivientes de cáncer de mama que lograron crecimiento tuvieron más probabilidad de tener un nivel económico más alto.

A su vez, se observó significativamente más ingresos en aquellas mujeres supervivientes de cáncer de mama que mostraron cambios positivos frente a las que no dentro de un mismo grupo de edad ( $p < 0.01$ ) <sup>(377)</sup>.

Otro estudio realizado por Valverde C.V. & Castilla C. (2007), en el contexto del cáncer de mama, informan sobre que un mayor estatus socioeconómico podría facilitar el crecimiento postraumático, aunque no son datos consistentes <sup>(378)</sup>.

Se puede afirmar que existe controversia en la bibliografía revisada de la asociación de un mayor nivel de ingresos y un mayor crecimiento postraumático, y en nuestro estudio a pesar de resultar significativos los resultados, se necesita incrementar la muestra para generalizar los resultados. Por tanto, se necesita una mayor investigación sobre este tema ya que como cualquier otro factor sociodemográfico influyen de manera significativa en las pacientes con cáncer de mama. Los estudios futuros deberían incorporar mediciones en puntos de tiempo adicionales, tales como estudios de seguimiento a largo plazo, que permitirían una exploración más a fondo de las relaciones entre las variables socio-

demográficas, psicológicas y patológicas y el crecimiento postraumático en pacientes con cáncer de mama, lo que proporcionaría una evidencia más sólida permitiendo la inferencia de causalidad.

*Para tener una visión de conjunto de la bibliografía más relevante concerniente a esta hipótesis se incluye un cuadro de síntesis de estudios longitudinales y transversales, ver Anexo A-Cuadro 8.*

## **7.11 De la prevalencia del crecimiento postraumático y personalidad extrovertida versus neurótica**

Según el análisis descriptivo de los datos, la media de crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama con rasgo extrovertido es mayor que mujeres con otros rasgos de personalidad al mes y al año e inferior a los seis meses de la intervención (60.14.69 vs 58.03), (58.80 vs 61.69), (63.55 vs 60.37).

Haciendo mención del estudio cualitativo aplicado, no encontramos significación estadística en ninguno de los tres períodos estudiados, pero muy cercano a la significación a los seis meses y al año de la intervención de modo que si aumentáramos el tamaño muestral aumentaría la potencia estadística ( $p=0.872$ ), ( $p=0.297$ ), ( $p=0.299$ ).

Según el análisis de regresión binaria, las mujeres con cáncer de mama que presentaban rasgo extrovertido tenían una asociación no significativa en los tres períodos estudiados pero muy cercana a la significación también, pudiendo virar los resultados si aumentáramos el tamaño muestral ( $p=0,777$ ), ( $OR=0,808$  [ $IC=0,185-3,540$ ]; ( $p=0,210$ ), ( $OR=0,364$  [ $IC=0,075-1,769$ ]; ( $p=0,200$ ), ( $OR=0,353$  [ $IC=0,072-1,737$ ]).

Por otro lado, la media de crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico es mayor que mujeres con otros rasgos de personalidad a los seis meses y al año y prácticamente similar al mes de la intervención (58.69 vs 59.78), (63.21 vs 56.82), (65.63 vs 59.20).

Según el estudio cualitativo aplicado, no encontramos significación estadística en ninguno de los tres períodos estudiados ni cercanos a la significación a diferencia del rasgo de personalidad extrovertida ( $p=0.524$ ), ( $p=0.425$ ), ( $p=0.867$ ).

Si nos referimos al análisis de regresión binaria, las mujeres con cáncer de mama que presentaban rasgo neurótico tenían 1.5, 1.7 y 1.1 veces más de probabilidad de tener mayor crecimiento postraumático que el resto de mujeres con otros rasgos de personalidad, aunque su asociación no resulta significativa en los tres períodos estudiados ( $p=0,524$ ), ( $OR=1,592$  [ $IC=0,380-6,670$ ]; ( $p=0,428$ ), ( $OR=1,792$  [ $IC=0,424-7,583$ ]; ( $p=0,857$ ), ( $OR=1,137$  [ $IC=0,283-4,570$ ]).

Los resultados coinciden con la hipótesis planteada si aumentáramos el tamaño muestral, de forma que las mujeres con cáncer de mama con rasgo extrovertido tienen mayor crecimiento postraumático que las mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico. La bibliografía apoya con estudios similares estos resultados.

Según los autores fundadores de la escala de crecimiento postraumático, “Posttraumatic growth Inventory” (PTGI), Tedeschi y Calhoun (2004) en cuanto a las variables individuales asociadas al crecimiento postraumático, pusieron de manifiesto que parece existir dos características básicas de personalidad que facilitarían que la persona busque un sentido más positivo a las consecuencias de un evento traumático, estas son, extroversión y apertura a la experiencia <sup>(335)</sup>.

Por otro lado, en una muestra original de validación del PTGI se encontró algunos indicios de que la apertura a la experiencia y la extroversión, medida por el Inventario de Personalidad NEO (Costa & McCrae) (1992), son moderadamente relacionados con el crecimiento postraumático, mientras que otras dimensiones de la personalidad de los cinco grandes no tendían a estar relacionados. Las puntuaciones en los cinco factores de la PTGI correlacionaron de forma fiable pero muy modestamente con la extroversión (que van desde una correlación de 0,15 entre la fuerza personal y la extroversión a una correlación de 0,28 entre extroversión y relacionado con otros). Especialmente interesante es la falta de relación entre la neurosis y el crecimiento postraumático <sup>(379)</sup>.

Según Sheick A. (2008) una serie de factores de personalidad también se ha relacionado con el crecimiento postraumático. El modelo de cinco factores se ha adaptado para hacer frente a las diversas dimensiones de la personalidad: extroversión, neuroticismo, amabilidad, responsabilidad y apertura a la expe-

riencia. Todas estas características de la personalidad están asociadas con el crecimiento postraumático<sup>(85, 375, 380, 381)</sup>, a excepción del neuroticismo que está negativamente asociado con el crecimiento postraumático<sup>(375, 380)</sup>. Según Patri & Pietrantonio (2009) en su metanálisis, enlazó la extroversión, la apertura a la experiencia y la amabilidad con niveles más altos de crecimiento postraumático<sup>(382, 383)</sup>.

En un estudio realizado por Lechner et al. (2003), se examinó las percepciones de 83 pacientes americanos con varios tipos de cáncer, entre ellos el cáncer de mama, y que les condujo a cambios de vida positivos, por ejemplo, la mejora de las relaciones, una mayor apreciación de la vida, el aumento de la capacidad de recuperación y la autosuficiencia. Se investigó las relaciones entre el beneficio percibido y algunos factores sociodemográficos, entre ellos el rasgo de neuroticismo. Se realizó un análisis de correlación bivariada encontrando que las puntuaciones del neuroticismo no se correlacionaban significativamente con los resultados de la búsqueda de beneficio ( $r= 0.08$ )<sup>(95)</sup>. Estos resultados están en línea con las conclusiones de los autores del PTGI (Tedeschi y Calhoun, 1995)<sup>(292)</sup>, así como con el estudio realizado por Tashiro y Frazier (2003), que investigó la prevalencia y la correlación de crecimiento postraumático de 92 estudiantes universitarios tras una ruptura sentimental en el que concluyeron que los individuos más altos en neuroticismo también pueden ser menos capaces de experimentar un crecimiento postraumático por tener un afrontamiento ineficaz ( $r= 0.09$ ). Los individuos con alto contenido en neuroticismo son propensos a exhibir más angustia porque tienden a reaccionar de forma exagerada, interpretando los eventos neutral o ambiguo negativamente, incluso buscando nuevos problemas para sí mismos. Sin embargo, la extroversión estaba en relación con un afrontamiento más eficaz y por tanto con más probabilidad de generar crecimiento postraumático<sup>(384)</sup>.

Urcuyo et al. (2005) reforzó en su estudio lo revisado en la anterior literatura en la que trabajó con una muestra de 230 pacientes con cáncer de mama en fase inicial tratando de caracterizar las experiencias de los beneficios encontrados de estas pacientes en el año posterior a la cirugía. Un hallazgo interesante que resultó interesante en su ausencia fue el fracaso de la relación de la **sensibilidad amenaza** como rasgo muy parecido al neuroticismo con el beneficio encontrado ( $p>0.05$ ). De la misma manera se vincula el **incentivo sensibilidad** a la

extroversión, con la diferencia de que parece plausible su contribución al beneficio encontrado ( $p < 0.05$ ). Es decir, las personas que son muy sensibles a los incentivos puede ser más probable que tenga en cuenta las experiencias positivas, incluso durante un período de adversidad <sup>(385, 386)</sup>.

El único estudio investigado que relaciona la dimensión de la personalidad de los cinco grandes y el crecimiento relacionado con el estrés es el realizado por Tedeschi & Calhoun en 1996, en la que una muestra de participantes habían experimentado una amplia gama de acontecimientos estresantes. Los resultados indicaron que la extroversión, la apertura, escrupulosidad y amabilidad se asociaron con más crecimiento <sup>(85)</sup>. A su vez en un estudio realizado por Tennen & Affleck (1999) en pacientes que no tenían cáncer encontraron vinculación del rasgo de optimismo y extroversión con la búsqueda de beneficio <sup>(387)</sup>.

El concepto de crecimiento postraumático está todavía en las primeras etapas de ser definido e investigado, pero la evidencia preliminar sugiere que el estilo de personalidad junto a los mecanismos de afrontamiento puede jugar un rol significativo <sup>(388)</sup>.

Se puede afirmar por tanto, que la bibliografía revisada concuerda con la hipótesis planteada, en el que el rasgo de extroversión se asocia a un mayor crecimiento postraumático, a diferencia del rasgo de neuroticismo que no se relaciona con un mayor crecimiento. De esta manera resulta interesante detectar el rasgo de personalidad como una variable sociodemográfica importante a tener en cuenta a la hora enfocar el tratamiento de esta enfermedad, como es el cáncer de mama.

## **7.12 De la prevalencia de ansiedad y depresión y personalidad neurótica**

En relación a la prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama y personalidad neurótica, encontramos en nuestro estudio en los tres períodos estudiados una mayor prevalencia de ansiedad en las mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico frente a las mujeres con otros rasgos de personalidad, siendo su asociación estadísticamente significativa al mes, a los



seis meses y al año de la intervención (7.73 vs 5.61), ( $p=0.017$ ); (9.09 vs 4.55), ( $p=0.00$ ); (8.48 vs 4.64), ( $p=0.00$ ).

En el análisis de regresión binaria, las mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico tienen 5.4, 16 y 25 veces más de probabilidad de tener mayor ansiedad que las mujeres que tienen otros rasgos de personalidad, existiendo una asociación estadísticamente significativa en los tres períodos estudiados ( $p=0,019$ ), (OR= 5,440 [IC= 1,319-22,433]); ( $p=0,001$ ), (OR= 16,027 [IC= 3,312-77,558]); ( $p=0,000$ ), (OR= 25,296 [IC= 4,325-147,946]).

De forma similar encontramos que la prevalencia de depresión en mujeres con cáncer de mama con rasgo neurótico es mayor que las mujeres con cáncer de mama con otros rasgos de personalidad en los tres períodos estudiados. Nos encontramos con una asociación estadísticamente significativa a los seis meses y al año de ser intervenido y muy cercana a la significación en el primer período, de forma que se puede conseguir potencia estadística si aumentamos el tamaño muestral (3.86 vs 2.43), ( $p=0.30$ ); (5.74 vs 2.05), ( $p=0.00$ ); (4.35 vs 2.36), ( $p=0.02$ ).

Las mujeres con cáncer de mama que poseían rasgo neurótico tenían 2, 17 y 8 veces más de probabilidad de tener depresión que las mujeres con cáncer de mama con otros rasgos de personalidad en las diferentes etapas del estudio ( $p=0,293$ ), (OR= 1,912 [IC= 0,571-6,398]); ( $p=0,000$ ), (OR= 17,934 [IC= 3,847-83,613]); ( $p=0,003$ ), (OR= 7,994 [IC= 2,011-31,782]).

De acuerdo a investigaciones anteriores, Watson et al. (1988) realizó un estudio con 150 pacientes estadounidenses en el que encontró que el rasgo de afectividad negativa era asociado significativamente con los síntomas y el diagnóstico de ansiedad y depresión, además de actuar como predictor general de trastorno psiquiátrico. En concreto se relacionó con 18 de los 33 síntomas asociados con los trastornos de ansiedad (mediana  $r=0.22$ ) ( $p<0.05$ ) y con los 19 de los 20 síntomas depresivos (mediana  $r=0.33$ ) ( $p<0.01$ )<sup>(389)</sup>.

Posteriormente, en 1991, Clark y Watson dieron a conocer un modelo tripartita, de personalidad de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad que postula que tanto la ansiedad como la depresión se relacionan con un factor de perturbación conocido como afectividad negativa, que la depresión se caracteriza a diferencia de la ansiedad por la presencia de baja afectividad positiva y

que la ansiedad se relaciona a diferencia de la depresión con la presencia de hiperactividad autonómica<sup>(390)</sup>. La afectividad negativa es una predisposición amplia y generalizada a experimentar emociones negativas que tiene más influencia sobre la cognición, el autoconcepto y la visión del mundo y que abarca diversos estados subjetivos aversivos incluyendo “estar molesto, enojado, sentirse culpable, con miedo, triste, disgustado y preocupado”. En contraste, afectividad positiva refleja la medida en que una persona siente entusiasmo por la vida, y está más claramente definida por personas entusiastas, enérgicas, orgullosas, alegres.

Ya en 1994 Clark et al. (1994) revisan la literatura sobre el temperamento, personalidad, estado de ánimo y trastornos de ansiedad. La revisión está organizada principalmente por el modelo tripartito para estos trastornos de Clark & Watson (1991)<sup>(390)</sup> además de examinar otros enfoques influyentes. Se refuerza por tanto que la afectividad negativa (o neurosis) parece ser un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la ansiedad y la depresión, indica un mal pronóstico, y a la vez se ve afectada por la experiencia del trastorno<sup>(390, 391)</sup>.

En estos estudios como los siguientes expuestos se aporta evidencia a este modelo en la que aquellas personas que presentaron altos niveles de depresión y ansiedad concluyeron también una elevada afectividad negativa, que como rasgo de personalidad puede considerarse un factor de perturbación psicológica general, denominado por otros como neuroticismo o malestar psicológico<sup>(392, 393)</sup>.

De acuerdo con Watson et al. (1994), en su estudio sobre la estructura de la personalidad y su importancia para la psicopatología, la gran mayoría de los cuadros psicopatológicos se relacionan con rasgos de personalidad estables en el tiempo. Así, el factor de personalidad neuroticismo o afectividad negativa, incluye rasgos relevantes para explicar la presencia de depresión o de ansiedad<sup>(394)</sup>.

Tal y como hemos mencionado, en un estudio realizado por Robles et al. (2009) se determinó la relación del perfil de afectividad con la presencia de ansiedad y depresión en 235 mujeres mexicanas con cáncer de mama. Siendo que el rasgo de afectividad negativa se corresponde con el factor dominante del neuroticismo, se puede afirmar la concordancia existente entre los resultados de nuestra hipótesis con los encontrados en este estudio. Así, en los análisis de correlación, en donde se evaluó la relación entre las variables psicológicas y sociales

con la gravedad de sintomatología depresiva y ansiosa, se observó que, tal como se esperaba que la gravedad de la sintomatología depresiva aumentó significativamente a medida que se reseñó mayor puntaje de afectividad negativa ( $r$  como estado= 0.51,  $p < 0.001$ ;  $r$  como rasgo= 0.47,  $p < 0.001$ ), la gravedad de la sintomatología ansiosa aumentó de forma clínica y significativamente relevante en tanto se registraron mayores puntuaciones de afectividad negativa ( $r$  como estado= 0.71,  $p < 0.001$ ;  $r$  como rasgo= 0.64,  $p < 0.001$ ). Resultó evidente por tanto que, una alta afectividad negativa y una baja afectividad positiva se relacionaron con la presencia y severidad de sintomatología depresiva y ansiosa de los pacientes<sup>(395)</sup>.

Otro estudio que apoya nuestra hipótesis es el realizado por Den Oudsten et al. (2009) en el que participaron 609 mujeres holandesas con cáncer de mama en etapa temprana. El objetivo del estudio fue identificar predictores de síntomas depresivos 12 meses después del tratamiento quirúrgico, así el rasgo de personalidad neurótica predijo síntomas depresivos de forma significativa ( $\beta = 0.218$ ,  $p = 0.020$ )<sup>(396)</sup>. En relación con el neuroticismo, este hallazgo es consistente con el estudio de Golden-Kreutz & Andersen (2004) en el que participaron 210 mujeres estadounidenses con cáncer de mama después del tratamiento quirúrgico inicial y en el que se mostró una correlación significativa entre el neuroticismo y los síntomas depresivos ( $r = 0.44$ ), ( $p < 0.0001$ )<sup>(397)</sup>.

Es interesante resaltar que se ha documentado también un estudio muy reciente en el que se apoya lo expuesto en esta tesis. Se trata de un estudio prospectivo longitudinal realizado por Stafford et al. (2015) con 105 mujeres australianas, 66 con cáncer de mama y 39 con cáncer ginecológico se trató de medir la morbilidad psicológica en estas mujeres controlando los factores de confusión demográficos y clínicos para poner a prueba el papel del neuroticismo y la historia psiquiátrica hasta 24 meses después del diagnóstico. Los resultados encontrados mostraron que las mujeres con alto neuroticismo están en mayor riesgo de morbilidad psicológica después de ajustar los factores de confusión, así las mujeres con puntuaciones de neuroticismo por encima de la media fueron más ansiosas y deprimidas, resultando su asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ )<sup>(398)</sup>.

Gracias al diseño de este estudio, prospectivo y longitudinal a 2 años se ha intentado abordar las lagunas de la bibliografía que han ido surgiendo ya que

generalmente la investigación de la morbilidad psicológica es más frecuente encontrarla en diseños transversales<sup>(399, 400)</sup> y entre los estudios longitudinales publicados la mayoría se limita a un seguimiento de 12 meses o menos después del diagnóstico<sup>(401-403)</sup>.

También se ha encontrado bibliografía sobre pacientes oncológicos en general que analizan la relación entre personalidad (neuroticismo) y depresión, mostrando resultados similares en cuanto a niveles altos de neuroticismo y posterior desarrollo de depresión<sup>(404, 405)</sup>.

Es interesante resaltar las implicaciones que pueden surgir de cara al tratamiento, así en la medida que la personalidad pasa a ser un factor importante en los trastornos de ansiedad y depresión, su impacto en el tratamiento debe ser considerado.

*Para tener una visión de conjunto de la bibliografía más relevante concerniente a esta hipótesis se incluye un cuadro de síntesis de estudios longitudinales y transversales, ver Anexo A-Cuadro 9.*

### 7.13 Líneas de investigación futuras

El cáncer de mama es una enfermedad grave y compleja que afecta a todas las esferas de la persona y determina una ruptura en la organización, el ritmo y el estilo de vida en sus tres dimensiones: cognitiva, emocional y comportamental. Las repercusiones psicológicas de la enfermedad influyen negativamente tanto en la calidad de vida presente como en la capacidad de recuperación y adaptación a la enfermedad. La evidencia científica muestra que más del 50% de las pacientes presentan signos y síntomas ansiosos o depresivos como consecuencia del elevado estrés psicológico que experimentan. Asimismo, se ha observado que entre 20-35% de las pacientes con cáncer llegan a presentar morbilidad psicopatológica tras el diagnóstico y que estos porcentajes aumentan durante los tratamientos y la hospitalización<sup>(406)</sup>.

En el cáncer de mama todo ese malestar psicológico puede deberse a múltiples factores tales como la presencia de condiciones metabólicas o endocrinas relacionadas, los regímenes quimioterapéuticos, la disminución en la funcionalidad del sistema inmune, el dolor, el impacto emocional del diagnóstico

y/o el cuestionamiento de la feminidad que conllevan algunas de sus consecuencias como la mastectomía. Al mismo tiempo, junto a la consciencia del sufrimiento causado a menudo por el trauma hay un creciente cuerpo de evidencia que demuestra el crecimiento postraumático.

Combinando estas dos áreas de investigación y explorando la relevancia de la psicología positiva aplicada a la práctica humana sería interesante incorporar los recursos necesarios para implementar intervenciones psicoterapéuticas centradas en estas pacientes y adaptadas a los cambios que requieren incluyendo: terapia cognitivo-conductual, terapia psicodinámica o psicoterapia de apoyo y terapia psico-educacional.

Con esto se pretende establecer de manera sistemática para todas las mujeres afectas de cáncer de mama que lo requieran medidas de apoyo psicosocial durante el proceso de la enfermedad que ayudarán a asegurar una atención integral y una mayor calidad de vida, siendo además éstos derechos fundamentales según la legislación vigente. Además, existe un consenso creciente en cuanto a la integración de este cuidado en la rutina del cáncer<sup>(407)</sup>.

Los aspectos en los que podrían obtenerse mejora según la declaración de consenso de la iniciativa global de la salud del pecho de 2013<sup>(408)</sup> son:

- La adhesión al tratamiento
- La toxicidad y otros síntomas relacionados con el tratamiento.
- El bienestar emocional y como consecuencia una mayor adaptación a la enfermedad
- El promedio de supervivencia
- La reducción del coste total para el sistema sanitario
- Los años ajustados por calidad de vida (AVAC)

La escasez de estudios extensos sobre la aplicación de estas terapias de apoyo a las enfermas de cáncer de mama abre un amplio horizonte para la investigación operativa.

Algunas reflexiones que pueden ser punto de partida para futuros trabajos podrían ser:

- 
- ¿En qué punto, a partir del diagnóstico de la enfermedad, la terapia resulta más efectiva desde del punto de vista coste/beneficio y a partir de que momento dejaría de tener un impacto significativo?
  - Ante la diversidad y falta de estandarización de las diferentes medidas de apoyo psicosocial ¿cuáles serían las guías y recomendaciones para establecer protocolos efectivos?
  - ¿Qué resultados podría proporcionar ampliar el foco de atención del tratamiento de esta patología fomentando una cultura que valore la calidad de vida y las oportunidades de crecimiento personal que pueden surgir después de una experiencia estresante como es el cáncer y más en concreto del cáncer de mama?
  - La utilización de una metodología de tipo cualitativa aportaría datos mucho más ricos y profundos que la metodología cuantitativa y facilitaría la visión de una realidad dinámica versus estática, orientada al proceso y con una fuerte validez interna.
  - Realizar estudios longitudinales desde el momento del diagnóstico hasta varios años después permitiría una mejor evaluación de la situación.

# 8

## Conclusiones

---

- 1.** El crecimiento postraumático es mayor en mujeres con cáncer de mama vinculadas a una asociación con respecto a las que no, con una probabilidad de 4.2, 12.09 y 4.8 en los tres períodos estudiados –al mes, a los seis meses y a los doce-, siendo significativa a los seis meses y al año ( $p= 0.008$ ), ( $p= 0.005$ ).
- 2.** Las mujeres con cáncer de mama que tienen una peor calidad de vida tienen mayor necesidad de vinculación a una asociación con respecto a las que no están vinculadas, en los tres períodos estudiados ( $p= 0.002$ ), ( $p= 0.009$ ), ( $p= 0.043$ ).
- 3.** La adaptación psicológica al cáncer es mayor en las mujeres con cáncer de mama que están vinculadas a una asociación frente a las que no, con una probabilidad de 3 y 1,4 veces mayor a los 6 y 12 meses respectivamente, siendo significativo en el primer período ( $p= 0.05$ ).
- 4.** La alteración de la imagen corporal es mayor en mujeres con cáncer de mama que acuden a una asociación con respecto a las que no lo hacen en los tres períodos estudiados, con una probabilidad de 4.8, 1.6 y 1.28 respectivamente, siendo significativa al mes ( $p= 0.003$ ).
- 5.** Existe una mayor ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama que acuden a una asociación de pacientes con respecto a las que no en los tres períodos estudiados con una probabilidad de 4.93, siendo significativo a los seis meses ( $p= 0.014$ ).

- 
- 6.** El crecimiento postraumático en mujeres menores de 50 años es mayor que en las mujeres de mayor edad, con una probabilidad 17 veces mayor ( $p= 0.017$ ).
  - 7.** El crecimiento postraumático es mayor en las mujeres con cáncer de mama que han pasado por menos situaciones vitales estresantes (una o ninguna) con respecto a las mujeres que han pasado por varias en los tres períodos estudiados con una probabilidad al mes y al año de 2,49 y 1,79 respectivamente, aunque no llega a la significación en ninguno de los tres periodos ( $p= 0.68$ ), ( $p= 0.62$ ), ( $p= 0.23$ ).
  - 8.** Las mujeres con cáncer de mama que han pasado por una enfermedad psicológica y/o psiquiátrica de ansiedad y/o depresión presentaban un mayor riesgo de enfermar que las que no, con una probabilidad 34 veces superior ( $p= 0.020$ ).
  - 9.** El crecimiento postraumático es mayor en mujeres con cáncer de mama que tienen una situación socioeconómica media-alta frente a las mujeres con una situación socioeconómica baja en los tres períodos estudiados, con una probabilidad de 2.1, 2.4, y 3.2 veces, siendo muy próxima la significación ( $p= 0.280$ ), ( $p= 0.194$ ), ( $p= 0.091$ ).
  - 10.** Las pacientes con rasgo extrovertido tienden a presentar mayor crecimiento postraumático frente a las que presentan otros rasgos de personalidad aunque no se llega a la significación en este estudio ( $p= 0.872$ ), ( $p= 0.297$ ), ( $p= 0.299$ ).
  - 11.** Las pacientes con rasgo neurótico tienen más crecimiento postraumático que las que presentan otros rasgos de personalidad en los tres períodos estudiados con una probabilidad de 1.5, 1.7, y 1.1 veces mayor aunque no se llega a la significación en este estudio ( $p= 0.524$ ), ( $p= 0.425$ ), ( $p= 0.867$ ).
  - 12.** La ansiedad es mayor en mujeres con cáncer de mama y rasgo neurótico frente a las mujeres que presentan otros rasgos de personalidad con una probabilidad de 5.4, 16 y 25 veces mayor en los tres períodos ( $p= 0.017$ ), ( $p= 0.00$ ), ( $p= 0.00$ ).



- 13.** La depresión en mujeres con cáncer de mama y rasgo neurótico es mayor que en las mujeres con otros rasgos de personalidad con una probabilidad de 1.9, 17.9 y 7.9 veces mayor en los tres períodos estudiados, siendo significativa a los seis meses y al año ( $p= 0.00$ ), ( $p= 0.02$ ).
- 14.** Esta tesis documenta la notable prevalencia de crecimiento postraumático en mujeres con cáncer de mama vinculadas a una asociación. Esto sugiere que es importante implementar este conocimiento, tanto en la práctica clínica como en la práctica asistencial y en el desarrollo de nuevos estudios, para el avance en cuanto a los factores potencialmente favorecedores de otras asociaciones y sus medidas de apoyo psicosocial así como sobre las causas de no vinculación a una asociación de pacientes.

## 9

**Referencias bibliográficas**

1. McCormack VA, Boffetta P. Today's lifestyles, tomorrow's cancers: trends in lifestyle risk factors for cancer in low- and middle-income countries. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2011;22(11):2349-57.
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 2010;127(12):2893-917.
3. Sanchez MJ, Payer T, De Angelis R, Larranaga N, Capocaccia R, Martinez C, et al. Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projections for the period 1981-2012. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2010;21 Suppl 3:30-6.
4. Pollan M, Pastor-Barriuso R, Ardanaz E, Arguelles M, Martos C, Galceran J, et al. Recent changes in breast cancer incidence in Spain, 1980-2004. *Journal of the National Cancer Institute*. 2009;101(22):1584-91.
5. Organization WH. Mortality database 2014 [updated 3/12/2014; cited 2014 (accessed on 17/11/2014)].
6. Ferlay J SI, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, M Rebelo, Parkin DM, Forman D, Bray, F. . *Cáncer de incidencia y mortalidad en el mundo Lyon, Francia 2013*. Available from: Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>, consultada el 27/07/2014.
7. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 2013;132(5):1133-45.
8. Allen RH, Gottlieb M, Clute E, Pongsiri MJ, Sherman J, Orams GI. Breast cancer and pesticides in Hawaii: the need for further study. *Environmental health perspectives*. 1997;105 Suppl 3:679-83.
9. IARC. World cancer report. International Agency for Research on cancer. 2008(Lyon).
10. Lacey JV, Jr., Kreimer AR, Buys SS, Marcus PM, Chang SC, Leitzmann MF, et al. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO). *Cancer Screening Trial Cohort. BMC cancer*. 2009;9:84.
11. Han W, Kim SW, Park IA, Kang D, Kim SW, Youn YK, et al. Young age: an independent risk factor for disease-free survival in women with operable breast cancer. *BMC cancer*. 2004;4:82.

- 
12. Bonnier P, Romain S, Charpin C, Lejeune C, Tubiana N, Martin PM, et al. Age as a prognostic factor in breast cancer: relationship to pathologic and biologic features. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 1995;62(2):138-44.
  13. Park BW, Kim SI, Kim EK, Yang WI, Lee KS. Impact of patient age on the outcome of primary breast carcinoma. *Journal of surgical oncology*. 2002;80(1):12-8.
  14. Hickey M, Peate M, Saunders CM, Friedlander M. Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. *Human reproduction update*. 2009;15(3):323-39.
  15. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast C. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. *Lancet*. 2001;358(9291):1389-99.
  16. King MC, Marks JH, Mandell JB, New York Breast Cancer Study G. Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science*. 2003;302(5645):643-6.
  17. Walsh T, Casadei S, Coats KH, Swisher E, Stray SM, Higgins J, et al. Spectrum of mutations in BRCA1, BRCA2, CHEK2, and TP53 in families at high risk of breast cancer. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2006;295(12):1379-88.
  18. Ford D, Easton DF, Stratton M, Narod S, Goldgar D, Devilee P, et al. Genetic heterogeneity and penetrance analysis of the BRCA1 and BRCA2 genes in breast cancer families. The Breast Cancer Linkage Consortium. *American journal of human genetics*. 1998;62(3):676-89.
  19. Antoniou A, Pharoah PD, Narod S, Risch HA, Eyfjord JE, Hopper JL, 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. *American journal of human genetics*. 2003;72(5):1117-30.
  20. Milne RL, Osorio A, Cajal TR, Vega A, Llort G, de la Hoya M, et al. The average cumulative risks of breast and ovarian cancer for carriers of mutations in BRCA1 and BRCA2 attending genetic counseling units in Spain. *Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research*. 2008;14(9):2861-9.
  21. Madigan MP, Ziegler RG, Benichou J, Byrne C, Hoover RN. Proportion of breast cancer cases in the United States explained by well-established risk factors. *Journal of the National Cancer Institute*. 1995;87(22):1681-5.
  22. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet*. 1997;350(9084):1047-59.
  23. Emmons KM, Kalkbrenner KJ, Klar N, Light T, Schneider KA, Garber JE. Behavioral risk factors among women presenting for genetic testing. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 2000;9(1):89-94.
  24. Carpenter CL, Ross RK, Paganini-Hill A, Bernstein L. Effect of family history, obesity and exercise on breast cancer risk among postmenopausal women. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 2003;106(1):96-102.

25. Lambe M, Hsieh C, Trichopoulos D, Ekbom A, Pavia M, Adami HO. Transient increase in the risk of breast cancer after giving birth. *The New England journal of medicine*. 1994;331(1):5-9.
26. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast C. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002;360(9328):187-95.
27. Yang XR, Chang-Claude J, Goode EL, Couch FJ, Nevanlinna H, Milne RL, et al. Associations of breast cancer risk factors with tumor subtypes: a pooled analysis from the Breast Cancer Association Consortium studies. *Journal of the National Cancer Institute*. 2011;103(3):250-63.
28. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M, Comparative Risk Assessment collaborating g. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*. 2005;366(9499):1784-93.
29. Dal Maso L, Zucchetto A, Talamini R, Serraino D, Stocco CF, Vercelli M, et al. Effect of obesity and other lifestyle factors on mortality in women with breast cancer. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 2008;123(9):2188-94.
30. Peto J. Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature*. 2001;411(6835):390-5.
31. Jones DH, Nestore M, Henophy S, Cousin J, Comtois AS. Increased cardiovascular risk factors in breast cancer survivors identified by routine measurements of body composition, resting heart rate and arterial blood pressure. *SpringerPlus*. 2014;3:150.
32. Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW, Jr., et al. Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *British journal of cancer*. 2002;87(11):1234-45.
33. Thune I, Brenn T, Lund E, Gaard M. Physical activity and the risk of breast cancer. *The New England journal of medicine*. 1997;336(18):1269-75.
34. Adams-Campbell LL, Rosenberg L, Rao RS, Palmer JR. Strenuous physical activity and breast cancer risk in African-American women. *Journal of the National Medical Association*. 2001;93(7-8):267-75.
35. McCormack VA, dos Santos Silva I. Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 2006;15(6):1159-69.
36. Heusinger K, Loehberg CR, Haeberle L, Jud SM, Klingsiek P, Hein A, et al. Mammographic density as a risk factor for breast cancer in a German case-control study. *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation*. 2011;20(1):1-8.
37. Boyd NF, Guo H, Martin LJ, Sun L, Stone J, Fishell E, et al. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *The New England journal of medicine*. 2007;356(3):227-36.
38. Fasching PA, Heusinger K, Loehberg CR, Wenkel E, Lux MP, Schrauder M, et al. Influence of mammographic density on the diagnostic accuracy of tumor size

- 
- assessment and association with breast cancer tumor characteristics. *European journal of radiology*. 2006;60(3):398-404.
39. Heusinger K, Jud SM, Haberle L, Hack CC, Fasching PA, Meier-Meitingner M, et al. Association of mammographic density with the proliferation marker Ki-67 in a cohort of patients with invasive breast cancer. *Breast cancer research and treatment*. 2012;135(3):885-92.
  40. Heusinger K, Jud SM, Haberle L, Hack CC, Adamietz BR, Meier-Meitingner M, et al. Association of mammographic density with hormone receptors in invasive breast cancers: results from a case-only study. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 2012;131(11):2643-9.
  41. DeFilippis RA, Chang H, Dumont N, Rabban JT, Chen YY, Fontenay GV, et al. CD36 repression activates a multicellular stromal program shared by high mammographic density and tumor tissues. *Cancer discovery*. 2012;2(9):826-39.
  42. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer*. 2004;101(1):51-7.
  43. Borgen PI, Wong GY, Vlamis V, Potter C, Hoffmann B, Kinne DW, et al. Current management of male breast cancer. A review of 104 cases. *Annals of surgery*. 1992;215(5):451-7; discussion 7-9.
  44. Fentiman IS, Fourquet A, Hortobagyi GN. Male breast cancer. *Lancet*. 2006;367(9510):595-604.
  45. Anderson BO, Cazap E, El Saghir NS, Yip CH, Khaled HM, Otero IV, et al. Optimisation of breast cancer management in low-resource and middle-resource countries: executive summary of the Breast Health Global Initiative consensus, 2010. *The lancet oncology*. 2011;12(4):387-98.
  46. Anderson BO, Jakesz R. Breast cancer issues in developing countries: an overview of the Breast Health Global Initiative. *World journal of surgery*. 2008;32(12):2578-85.
  47. Anderson BO, Yip CH, Smith RA, Shyyan R, Sener SF, Eniu A, et al. Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer*. 2008;113(8 Suppl):2221-43.
  48. Harford JB. Breast-cancer early detection in low-income and middle-income countries: do what you can versus one size fits all. *The lancet oncology*. 2011;12(3):306-12.
  49. Perou CM, Sorlie T, Eisen MB, van de Rijn M, Jeffrey SS, Rees CA, et al. Molecular portraits of human breast tumours. *Nature*. 2000;406(6797):747-52.
  50. Sorlie T, Tibshirani R, Parker J, Hastie T, Marron JS, Nobel A, et al. Repeated observation of breast tumor subtypes in independent gene expression data sets. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2003;100(14):8418-23.
  51. Sotiriou C, Neo SY, McShane LM, Korn EL, Long PM, Jazaeri A, et al. Breast cancer classification and prognosis based on gene expression profiles from a population-based study. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2003;100(18):10393-8.
  52. Weigelt B, Horlings HM, Kreike B, Hayes MM, Hauptmann M, Wessels LF, et al. Refinement of breast cancer classification by molecular characterization of histological special types. *The Journal of pathology*. 2008;216(2):141-50.
  53. Sotiriou C, Pusztai L. Gene-expression signatures in breast cancer. *The New England journal of medicine*. 2009;360(8):790-800.

54. Cheang MC, Chia SK, Voduc D, Gao D, Leung S, Snider J, et al. Ki67 index, HER2 status, and prognosis of patients with luminal B breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 2009;101(10):736-50.
55. Vagg PR, Hammond SB. The number and kind of invariant personality (Q) factors: a partial replication of Eysenck and Eysenck. *The British journal of social and clinical psychology*. 1976;15(2):121-9.
56. Allred DC, Carlson RW, Berry DA, Burstein HJ, Edge SB, Goldstein LJ, et al. NCCN Task Force Report: Estrogen Receptor and Progesterone Receptor Testing in Breast Cancer by Immunohistochemistry. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN*. 2009;7 Suppl 6:S1-S21; quiz S2-3.
57. Goldhirsch A, Ingle JN, Gelber RD, Coates AS, Thurlimann B, Senn HJ, et al. Thresholds for therapies: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the primary therapy of early breast cancer 2009. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 2009;20(8):1319-29.
58. De Laurentiis M AG, Massarelli E, Ruggiero A, Carlomagno C, Ciardiello, al. Fe. A meta-analysis on the interaction between HER-2 expression and response to endocrine treatment in advanced breast cancer. *Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research*. 2005;11:4741-48.
59. Arpino G, Green SJ, Allred DC, Lew D, Martino S, Osborne CK, et al. HER-2 amplification, HER-1 expression, and tamoxifen response in estrogen receptor-positive metastatic breast cancer: a southwest oncology group study. *Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research*. 2004;10(17):5670-6.
60. Walker RA, Jones JL, Chappell S, Walsh T, Shaw JA. Molecular pathology of breast cancer and its application to clinical management. *Cancer metastasis reviews*. 1997;16(1-2):5-27.
61. Wolf A HM, Schwartz J, Hagerty KL, Allred DC, Cote RJ et al. American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2007;25:118-45.
62. Saez A, Andreu FJ, Segui MA, Bare ML, Fernandez S, Dinares C, et al. HER-2 gene amplification by chromogenic in situ hybridisation (CISH) compared with fluorescence in situ hybridisation (FISH) in breast cancer-A study of two hundred cases. *Breast*. 2006;15(4):519-27.
63. Dandachi N, Dietze O, Hauser-Kronberger C. Evaluation of the clinical significance of HER2 amplification by chromogenic in situ hybridisation in patients with primary breast cancer. *Anticancer research*. 2004;24(4):2401-6.
64. Kammori M, Kurabayashi R, Kashio M, Sakamoto A, Yoshimoto M, Amano S, et al. Prognostic utility of fluorescence in situ hybridization for determining HER2 gene amplification in breast cancer. *Oncology reports*. 2008;19(3):651-6.
65. Izquierdo M AA, Cabero M, Fàbregas R, Tresserra F, Cusidó M et, al., S71. The clinical features and prognosis of triple negative breast cancer. *The Breast*. 2009;18(1):S71.
66. Viale G, Giobbie-Hurder A, Regan MM, Coates AS, Mastropasqua MG, Dell'Orto P, et al. Prognostic and predictive value of centrally reviewed Ki-67 labeling index in postmenopausal women with endocrine-responsive breast cancer: results from Breast International Group Trial 1-98 comparing adjuvant tamoxifen with

- 
- letrozole. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2008;26(34):5569-75.
67. Penault-Llorca F, Abrial C, Raoelfils I, Chollet P, Cayre A, Mouret-Reynier MA, et al. Changes and predictive and prognostic value of the mitotic index, Ki-67, cyclin D1, and cyclo-oxygenase-2 in 710 operable breast cancer patients treated with neoadjuvant chemotherapy. *The oncologist*. 2008;13(12):1235-45.
  68. Dookeran KA, Dignam JJ, Ferrer K, Sekosan M, McCaskill-Stevens W, Gehlert S. p53 as a marker of prognosis in African-American women with breast cancer. *Annals of surgical oncology*. 2010;17(5):1398-405.
  69. Erdem O, Dursun A, Coskun U, Gunel N. The prognostic value of p53 and c-erbB-2 expression, proliferative activity and angiogenesis in node-negative breast carcinoma. *Tumori*. 2005;91(1):46-52.
  70. Kristek J, Dmitrovic B, Kurbel S, Sakic K, Krajinovic Z, Blazicevic V, et al. Tumor growth fraction, expression of estrogen and progesterone receptors, p53, bcl-2 and cathepsin D activity in primary ductal invasive breast carcinoma and their axillary lymph node metastases. *Collegium antropologicum*. 2007;31(4):1043-7.
  71. Rossner P, Jr., Gammon MD, Zhang YJ, Terry MB, Hibshoosh H, Memeo L, et al. Mutations in p53, p53 protein overexpression and breast cancer survival. *Journal of cellular and molecular medicine*. 2009;13(9B):3847-57.
  72. Edge SB BD, Compton CC, et al. *Breast In. ed. eACSMt, editor*. New York: Springer; 2010. 347-76 p.
  73. Singletary SE, Allred C, Ashley P, Bassett LW, Berry D, Bland KI, et al. Revision of the American Joint Committee on Cancer staging system for breast cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2002;20(17):3628-36.
  74. Woodward WA, Strom EA, Tucker SL, McNeese MD, Perkins GH, Schechter NR, et al. Changes in the 2003 American Joint Committee on Cancer staging for breast cancer dramatically affect stage-specific survival. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2003;21(17):3244-8.
  75. Sebastián HJ BC, Mateos DN. Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Factores psicosociales en el cáncer de mama. Factores psicosociales y de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Instituto de la mujer (Ministerio de trabajo y Servicios Sociales). 2002;1:17.
  76. J.P. Los especialistas destacan la importancia del tratamiento psicológico en el cáncer de mama ELPAÍS. 27 de Septiembre de 2005.
  77. Tamblay CA BE. Psicooncología del cáncer de mama 2004. Available from: [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados\\_b/sources/banados\\_b.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf).
  78. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. An introduction. *The American psychologist*. 2000;55(1):5-14.
  79. Calhoun LT, RG, editor. *The foundations of posttraumatic growth: an expanded framework*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
  80. Sears St SAD-BS. The yellow brick and the esmerald city: Benedit-finding, positive reappraisal coping and PTG in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology* 2003;22(487-497).
  81. T W. PTG in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validations study. *Journal of Psychosocial Oncology* 2002;20:65-80.

82. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Goldstein L, Fox K, Grana G. Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic medicine*. 2004;66(3):442-54.
83. J B. El crecimiento postraumático: Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual (AEPCCC); 2013. Available from: [http://www.aepccc.es/blog/item/el-crecimientopostrumatico.html?category\\_id=1](http://www.aepccc.es/blog/item/el-crecimientopostrumatico.html?category_id=1).
84. Tomich PL, Helgeson VS. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2004;23(1):16-23.
85. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*. 1996;9(3):455-71.
86. Park CI FJ. Stress-related growth: predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *J Social Clin Psycho* 2004;23(2):195-215.
87. Calhoun LG TR. The foundations of posttraumatic growth: new considerations. *Psychol Inq*. 2004;15(1):93-102.
88. Calhoun LT, RG. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. Calhoun LT, RG., editors, editor. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2006. 1-23 p.
89. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2001;20(3):176-85.
90. Karanci AN EA. Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2007;23:315-22.
91. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of traumatic stress*. 2004;17(1):11-21.
92. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2003;22(5):487-97.
93. Jaarsma TA PG, Sanderman R, Ranchor AV. Psychometric properties of the Dutch version of the Posttraumatic Growth Inventory among cancer patients. *Psycho-oncology*. 2006;15(10):911-20.
94. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2004;13(4):260-8.
95. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, Block P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-oncology*. 2003;12(5):491-9.
96. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2006;25(1):47-56.
97. Calhoun LG TR, Cann A, Hanks E. Positive outcomes following bereavement: paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*. 2010;50:125-43.
98. Joseph S, y Linley, P. A. Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*., 2005;9:262-80.



- 
99. Janoff-Bulman R. Post-traumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*. 2004;15:30-4.
  100. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. *Clinical psychology review*. 2006;26(5):626-53.
  101. Park CL. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin*. 2010;136(2):257-301.
  102. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct . *Social cognition*. 1989;7(2):113-36.
  103. Tedeschi RG CL. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*. 2004;15:1-18.
  104. Park CLyG, L. Assessing meaning and meaning making in the context of stressful life events: Measurement tools and approaches. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*. 2013;8:483-504.
  105. Taylor SE. Adjusting to threatening events : A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 1983;38:1161-73.
  106. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clinical psychology review*. 2002;22(4):499-524.
  107. Gili MyR, M. Trastornos afectivos en oncología. (Eds.) EMMRyMB, editor. Barcelona Masson; 1996.
  108. Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2004;23(6):595-8.
  109. Lechner SC, Carver CS, Antoni MH, Weaver KE, Phillips KM. Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006;74(5):828-40.
  110. McGregor BA, Bowen DJ, Ankerst DP, Andersen MR, Yasui Y, McTiernan A. Optimism, perceived risk of breast cancer, and cancer worry among a community-based sample of women. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2004;23(4):339-44.
  111. Mols F, Vingerhoets AJ, Coebergh JW, van de Poll-Franse LV. Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology & health*. 2009;24(5):583-95.
  112. Antoni MH, Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S., M., y Carver, C.S Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*. 2001;20:20-32.
  113. Bower JE, Segerstrom SC. Stress management, finding benefit, and immune function: positive mechanisms for intervention effects on physiology. *Journal of psychosomatic research*. 2004;56(1):9-11.
  114. Cruess DG, Antoni MH, McGregor BA, Kilbourn KM, Boyers AE, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic medicine*. 2000;62(3):304-8.

115. J. CM. Facilitating posttraumatic growing following cancer. (pp. 185-206). (Eds.) ESJyPAL, editor. New Jersey: John Wiley y Sons, Inc; 2008.
116. Gray R, Fitch, M., Davis, C., Phillips, C. Breast cancer and prostate cancer self-help groups. *Psycho-Oncology*. 1996;6:279-89.
117. Gray R, Fitch M, Davis C, Phillips C. A qualitative study of breast cancer self-help groups. *Psycho-oncology*. 1997;6(4):279-89.
118. Samarel N, Fawcett J, Tulman L. Effect of support groups with coaching on adaptation to early stage breast cancer. *Research in nursing & health*. 1997;20(1):15-26.
119. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1995;14(2):101-8.
120. Blanchard C.G: ATL, Ruckdeschel J.C., Grant C.H., Malcolm R. The role of social support in adaptation to cancer and survival. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1995;13(1-2):75-95.
121. Bottomley A, Jones L. Social support and the cancer patient--a need for clarity. *European journal of cancer care*. 1997;6(1):72-7.
122. Bottomley A. Cancer support groups--are they effective? *European journal of cancer care*. 1997;6(1):11-7.
123. A. B. Synthesizing cancer group interventions. A cancer group intervention in need of testing. *Clinical Psychology and psychotherapy*. 1997;4(1):51-61.
124. Feigin R, Greenberg A, Ras H, Hardan Y, Rizel S, Ben Efraim T, et al. The psychosocial experience of women treated for breast cancer by high-dose chemotherapy supported by autologous stem cell transplant: a qualitative analysis of support groups. *Psycho-oncology*. 2000;9(1):57-68.
125. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1996;15(2):135-48.
126. Fawzy FI. Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *European journal of cancer*. 1999;35(11):1559-64.
127. McQuellon RP, Wells M, Hoffman S, Craven B, Russell G, Cruz J, et al. Reducing distress in cancer patients with an orientation program. *Psycho-oncology*. 1998;7(3):207-17.
128. Handbook of psychooncology. [press release]. New York 1989.
129. Burish TG, Snyder SL, Jenkins RA. Preparing patients for cancer chemotherapy: effect of coping preparation and relaxation interventions. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1991;59(4):518-25.
130. Bottomley A, Hunton S., Roberts G., Jones L., Bradley C. A pilot study of cognitive behavioral therapy and social support group interventions with newly diagnosed cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1996;14(4):65-83.
131. Die M. CFA, Bersategui P., Pérez J.M. Psico-Oncología asistencial en oncología integral. Criterios de integración, objetivos de actividad y experiencia inicial en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. *Oncología*. 1997;21(6):155-64.
132. Fawzy FI, Fawzy NW, Arndt LA, Pasnau RO. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of general psychiatry*. 1995;52(2):100-13.

- 
133. Kissane DW, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N. Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer--techniques and themes. *Psycho-oncology*. 1997;6(1):25-33.
  134. Moorey S GS. *Psychological therapy for patients with cancer: A new approach*. Books. HM, editor. London 1989.
  135. Moorey S. GS, Watson M., Baruch J.D.R., Robertson B.M., Mason A., Rowden L., Tunmore R., Law M., Bliss J.M. Adjuvant Psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho\_Oncology*. 1994;3:39-46.
  136. D.L. F. Depression in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis and treatment. *The Breast Journal*. 1997;3:292-302.
  137. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL, et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of general psychiatry*. 1993;50(9):681-9.
  138. Fawzy FI, Fawzy NW. Group therapy in the cancer setting. *Journal of psychosomatic research*. 1998;45(3):191-200.
  139. Sirgo A. GFL. *Intervención psico-educativa y terapia de grupo en pacientes con cáncer*. Gil F, editor. Madrid: Nova Sidonia Oncología; 2000.
  140. Marcus A. CD, Deslacek S., Crawford E.D., Crane L.A., Garrett K, Quigel C., Gonin R. Psychosocial counselling of cancer patients by telephone: A brief note on patient acceptance of an outcall strategy. *Psycho-oncology*. 1993;2:209-14.
  141. Bultz BD, Specia M, Brasher PM, Geggie PH, Page SA. A randomized controlled trial of a brief psychoeducational support group for partners of early stage breast cancer patients. *Psycho-oncology*. 2000;9(4):303-13.
  142. Barron. *Estrés psicosocial, apoyo social y depresión en mujeres* 1988.
  143. Cooper CL, & Dewe, P. *Stress: A brief history from the 1950s to Richard Lazarus*. A. Monat RSL, & G. Reevy editor. Westport, CT, E. U: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group; 2007. 7-31 p.
  144. Chung MC, Symons C, Gilliam J, Kaminski ER. Stress, psychiatric co-morbidity and coping in patients with chronic idiopathic urticaria. *Psychology & health*. 2010;25(4):477-90.
  145. Reyes AM, & Acuña, L. Reportes de niños y padres sobre eventos vitales estresantes y síntomas de enfermedad. . *Interamerican Journal of Psychology*. 2008;42(2):272-86.
  146. Roselló JB-H, M. N. . Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresante y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños. . *Interamerican Journal of Psychology*. 2004;38:295-302.
  147. Valeer AE, Morken, G., Iversen, V.C., Kodziella, D., & Linaker, O.M. Acute unstable depressive síndrome (AUDS) is associated more frequently with epilepsy than major depresión. *Neurology*. 2010;10(ArtID 67).
  148. Woods AM, Racine SE, Klump KL. Examining the relationship between dietary restraint and binge eating: differential effects of major and minor stressors. *Eating behaviors*. 2010;11(4):276-80.
  149. Updegraff JA, & Taylor, S.E. *From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events*. Miller IJHE, (Eds.) EMMRyMB, editors. Philadelphia, Pa: Brunner-Routledge; 2000.
  150. Dhooper SS. Family coping with the crisis of heart attack. *Social work in health care*. 1983;9(1):15-31.

151. Wallerstein JS. Women after divorce: preliminary report from a ten-year follow-up. *The American journal of orthopsychiatry*. 1986;56(1):65-77.
152. Yarom N. Facing death in war: An existential crises. . (Ed.) ISB, editor. New York: Van Nostrand Reinhold 1983. 3-38 p.
153. Calhoun LG, & Tedeschi, R. G. Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief. *Omega*. 1990;20:265-72.
154. Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV. Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of personality and social psychology*. 1984;46(3):489-502.
155. Man's search for meaning [press release]. New York: : Washington Square Press 1963.
156. Zainal NH, K. Hang, T. y Bustam, A. Prevalence of distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2007;3:219-23.
157. Epping-Jordan JE, Compas BE, Osowiecki DM, Oppedisano G, Gerhardt C, Primo K, et al. Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1999;18(4):315-26.
158. Kornblith AB, Herndon JE, 2nd, Weiss RB, Zhang C, Zuckerman EL, Rosenberg S, et al. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*. 2003;98(4):679-89.
159. Luecken LJ, Compas BE. Stress, coping, and immune function in breast cancer. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2002;24(4):336-44.
160. Coyne JC, Palmer SC, Shapiro PJ, Thompson R, DeMichele A. Distress, psychiatric morbidity, and prescriptions for psychotropic medication in a breast cancer waiting room sample. *General hospital psychiatry*. 2004;26(2):121-8.
161. Hegel MT, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Moore CP, Ahles TA. Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. *Psycho-oncology*. 2008;17(6):556-60.
162. Osborne RH, Elsworth GR, Hopper JL. Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *European journal of cancer*. 2003;39(6):755-62.
163. Takahashi T, Hondo M, Nishimura K, Kitani A, Yamano T, Yanagita H, et al. Evaluation of quality of life and psychological response in cancer patients treated with radiotherapy. *Radiation medicine*. 2008;26(7):396-401.
164. Maté J, Hollenstein, M., & Gil, . Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. . *Psicooncología*. 2004;1(2-3):211-30.
165. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2005;14(8):1825-33.
166. Williams SA, Schreier AM. The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Applied nursing research : ANR*. 2005;18(3):138-47.
167. Knapp E, Delgado I. Psicología, cáncer y dolor. *Revista cubana de Psicología*. 1990;7(2):129-35.

- 
168. Zelek L, Llombart-Cussac A, Terrier P, Pivot X, Guinebretiere JM, Le Pechoux C, et al. Prognostic factors in primary breast sarcomas: a series of patients with long-term follow-up. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2003;21(13):2583-8.
  169. Walker LG, Heys SD, Walker MB, Ogston K, Miller ID, Hutcheon AW, et al. Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *European journal of cancer*. 1999;35(13):1783-8.
  170. Angelino AF, Treisman GJ. Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2001;9(5):344-9.
  171. Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*. 1999;354(9187):1331-6.
  172. Hjerl K, Andersen EW, Keiding N, Mouridsen HT, Mortensen PB, Jorgensen T. Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. *Psychosomatics*. 2003;44(1):24-30.
  173. Brennan J. Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psycho-oncology*. 2001;10(1):1-18.
  174. Mooney S GS. *Psychological therapy for patients with cancer: A new approach*. London: Heinemann Medical Books; 1989.
  175. MacCaul KD SA, King B, O'Donnell S, Branstetter A, Foreman G. Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-oncology*. 1999;8:230-6.
  176. Padierna JA AE, Medrano J. . Implicaciones psiquiátricas de los procesos oncológicos. *Oncología*. 1994;17/309:62-71.
  177. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 1983;249(6):751-7.
  178. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. *The Journal of clinical psychiatry*. 1990;51 Suppl:3-11; discussion 2-4.
  179. Tjemsland L, Soreide JA, Malt UF. Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III: status one year after surgery. *Breast cancer research and treatment*. 1998;47(2):141-51.
  180. Nosatri C RJ, Crayford T, McKenzie K, David AS. . Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *Journal of psychosomatic research*. 2002;53:1123-30.
  181. Watson M, Greer S, Young J, Inayat Q, Burgess C, Robertson B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological medicine*. 1988;18(1):203-9.
  182. Stanon AL SP. Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*. 1993;12:16-23.
  183. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of personality and social psychology*. 1993;65(2):375-90.
  184. Classen C, Koopman C, Angell K, Spiegel D. Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health psychology : official*

- journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association. 1996;15(6):434-7.
185. Grassi L, Buda P, Cavana L, Annunziata MA, Torta R, Varetto A. Styles of coping with cancer: the Italian version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale. *Psycho-oncology*. 2005;14(2):115-24.
  186. Ho SM, Fung WK, Chan CL, Watson M, Tsui YK. Psychometric properties of the Chinese version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (MINI-MAC) scale. *Psycho-oncology*. 2003;12(6):547-56.
  187. Kang JI, Chung HC, Kim SJ, Choi HJ, Ahn JB, Jeung HC, et al. Standardization of the Korean version of Mini-Mental Adjustment to Cancer (K-Mini-MAC) scale: factor structure, reliability and validity. *Psycho-oncology*. 2008;17(6):592-7.
  188. Anagnostopoulos F, Kolokotroni P, Spanea E, Chrysochoou M. The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: construct validation with a Greek sample of breast cancer patients. *Psycho-oncology*. 2006;15(1):79-89.
  189. Watson M, Homewood J. Mental Adjustment to Cancer Scale: psychometric properties in a large cancer cohort. *Psycho-oncology*. 2008;17(11):1146-51.
  190. Ferrero J MB, Toledo M. Ajuste Mental al Cáncer y Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama: un estudio exploratorio. *Psycho\_Oncology*. 1994;3:223-32.
  191. Tennant A, Conaghan PG. The Rasch measurement model in rheumatology: what is it and why use it? When should it be applied, and what should one look for in a Rasch paper? *Arthritis and rheumatism*. 2007;57(8):1358-62.
  192. Pallant JF, Tennant A. An introduction to the Rasch measurement model: an example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society*. 2007;46(Pt 1):1-18.
  193. RM R. ¿Qué es la imagen corporal? RM R, editor. Madrid: Pirámide; 2000.
  194. A.I. F. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*. 2004;1(2):169-80.
  195. Baile JI. ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrián: Revista de humanidades. 2003;2:53-70.
  196. Thompson J. Body image disturbances: assessment and treatment. Pergamon Press. 1990;New York.
  197. Shavelson R BR. Self-Concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*. 1992;74:3-17.
  198. Sebastián J. MD, Bueno M.J., Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*. 2007;18(2):137-61.
  199. Manos D. SJ, Bueno M.J., Mateos N., De la Torre A. Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*. 2005;2(1):103-16.
  200. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology*. 2006;15(7):579-94.
  201. vida OGscd. ¿Qué calidad de vida? . *Foro Mundial de la Salud*. 1996;17:385-7.
  202. Brähler E, Mühlan, H., Albani, C. & Schmidt, S. Testing and standardization of the German version of the EUROHIS-QOL and WHO-5 quality-of life-indices. . *Diagnostica*. 2007;53(2):83-96.

- 
203. Harper A, & Power, M. Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological medicine*. 1998;28(6):551-8.
  204. Howren MB, Christensen AJ, Karnell LH, Funk GF. Health-related quality of life in head and neck cancer survivors: impact of pretreatment depressive symptoms. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2010;29(1):65-71.
  205. Aa Petersen M, Pedersen L, Groenvold M. Does the agreement of patient and physician assessments of health related quality of life in palliative care depend on patient characteristics? *Palliative medicine*. 2007;21(4):289-94.
  206. Velikova G, Awad N, Coles-Gale R, Wright EP, Brown JM, Selby PJ. The clinical value of quality of life assessment in oncology practice-a qualitative study of patient and physician views. *Psycho-oncology*. 2008;17(7):690-8.
  207. Koopmanschap MA, van Exel JN, van den Berg B, Brouwer WB. An overview of methods and applications to value informal care in economic evaluations of healthcare. *PharmacoEconomics*. 2008;26(4):269-80.
  208. Pyne JM, French M, McCollister K, Tripathi S, Rapp R, Booth B. Preference-weighted health-related quality of life measures and substance use disorder severity. *Addiction*. 2008;103(8):1320-9; discussion 30-2.
  209. Braña Marcos B CMD, De la Villa Santoveña M, Avanzas Fernández S, Gracia Corbato MT, Barroso Díaz A. La estimación de la calidad de vida y la atención integral en mujeres con cáncer de mama. *Metas de enfermería*. 2010;13:67-70.
  210. Arraras JI MM, Manterola A, Laínez N. La evaluación del paciente oncológico El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*. 2004;1:87-98.
  211. Neyt M, Albrecht J. The long-term evolution of quality of life for disease-free breast cancer survivors: a comparative study in Belgium. *J Psychosoc Oncol*. 2006;24(3):89-123.
  212. Alfano CM, Smith AW, Irwin ML, Bowen DJ, Sorensen B, Reeve BB, et al. Physical activity, long-term symptoms, and physical health-related quality of life among breast cancer survivors: a prospective analysis. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2007;1(2):116-28.
  213. Jun EY, Kim S, Chang SB, Oh K, Kang HS, Kang SS. The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer nursing*. 2011;34(2):142-9.
  214. Schmid-Buchi S, Halfens RJ, Dassen T, van den Borne B. Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2011;15(3):260-6.
  215. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*. 2008;64(4):383-91.
  216. Shilling V, Jenkins V. Self-reported cognitive problems in women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2007;11(1):6-15.
  217. Cidon EU. Sexual problems after breast cancer: the underreported symptoms. *Gynecologic oncology*. 2010;116(1):147.
  218. Calvio L, Peugeot M, Bruns GL, Todd BL, Feuerstein M. Measures of cognitive function and work in occupationally active breast cancer survivors. *Journal of*

- occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine. 2010;52(2):219-27.
219. Kim SH, Son BH, Hwang SY, Han W, Yang JH, Lee S, et al. Fatigue and depression in disease-free breast cancer survivors: prevalence, correlates, and association with quality of life. *Journal of pain and symptom management*. 2008;35(6):644-55.
220. Cappiello M, Cunningham RS, Knobf MT, Erdos D. Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clinical nursing research*. 2007;16(4):278-93; discussion 94-301.
221. Davis SC, Meneses K, Hilfinger Messias DK. Exploring sexuality & quality of life in women after breast cancer surgery. *The Nurse practitioner*. 2010;35(9):25-31.
222. C. GV. Calidad de vida en supervivientes a largo plazo. Un área olvidada en la investigación enfermera española. *Index de Enfermería*. 2005;14(25-9).
223. Morris t GS. A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*. 1980;3(1):Abstract N° 102.
224. Contrada RJ, Leventhal, H., & O'leary, A. *Personality and Health*. Pervin LA, editor. New York: Oxford University Press; 1990. 638-69 p.
225. Kissen DM, Brown RI, Kissen M. A further report on personality and psychosocial factors in lung cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1969;164(2):535-45.
226. Kissen DM, Eysenck HJ. Personality in male lung cancer patients. *Journal of psychosomatic research*. 1962;6:123-7.
227. Grossarth-Maticek R, Kanazir DT, Schmidt P, Vetter H. Psychosomatic factors in the process of cancerogenesis. Theoretical models and empirical results. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1982;38(1):284-302.
228. Jensen MR. Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of personality*. 1987;55(2):317-42.
229. Temoshok L, Heller BW, Sagebiel RW, Blois MS, Sweet DM, DiClemente RJ, et al. The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of psychosomatic research*. 1985;29(2):139-53.
230. Wirsching M, Stierlin H, Hoffmann F, Weber G, Wirsching B. Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. *Journal of psychosomatic research*. 1982;26(1):1-10.
231. E I. Reflexiones sobre la relación entre Depresión & Cáncer. 4. 1984:99-117.
232. Ormel J, Schaufeli WB. Stability and change in psychological distress and their relationship with self-esteem and locus of control: a dynamic equilibrium model. *Journal of personality and social psychology*. 1991;60(2):288-99.
233. Ormel J, Wohlfarth T. How neuroticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: a longitudinal model. *Journal of personality and social psychology*. 1991;60(5):744-55.
234. Eysenck HJ. *Dimensions of personality*. Paul RyK, editor. London1947.
235. Eysenck HJ. *The scientific study of personality*. Paul RaK, editor. London1952.
236. Eysenck HJ. *The biological basis of personality*. C.C.Thomas, editor. Springfield, MA1967.
237. Eysenck HJ. *Delincuencia y Personalidad*. Marova, editor. Madrid1976.



- 
238. Eysenck HJ. Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. . *Jnal of Personality*. 1990;58:245-61.
  239. Eysenck HJE, S. B. G. *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. University L, editor. Londres1964.
  240. Eysenck HJE, S. B. G. *Psychoticism as a Dimension of Personality* 1976. Stoughton Ha, editor. London1976.
  241. Eysenck HJE, M. *Personality and Individual Differences* Press P, editor. London1985.
  242. Buccheri GF, Ferrigno D, Tamburini M, Brunelli C. The patient's perception of his own quality of life might have an adjunctive prognostic significance in lung cancer. *Lung cancer*. 1995;12(1-2):45-58.
  243. Madrid. GMdPCOdPd. Propuesta de inclusión del psicólogo en la atención integral al enfermo de cáncer. *Psicooncología*. 2003;1:157-60.
  244. H. D. The scientific and moral imperative for broad-based Psychosocial interventions for Cancer. *J Mind-Body Health*. 1997;13(3):38-49.
  245. Borrás HF BS. *Psiconeuroinmunología y cáncer*. <sup>TM</sup>. ED, editor. Madrid: ADES; 2003. 701-2 p.
  246. Carlson LE, Bultz BD. Benefits of psychosocial oncology care: improved quality of life and medical cost offset. *Health and quality of life outcomes*. 2003;1:8.
  247. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-70.
  248. Kissane D.W. BS, Burns W.I., McKenzies D, Posterino M. Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psycho-oncology*. 1994;3:47-56.
  249. D.L. F. Depression in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis and treatment. *The Breast Journal*. 1997;3:292-302.
  250. Hopwood P, Howell A, Maguire P. Screening for psychiatric morbidity in patients with advanced breast cancer: validation of two self-report questionnaires. *British journal of cancer*. 1991;64(2):353-6.
  251. Goldberg JA, Scott RN, Davidson PM, Murray GD, Stallard S, George WD, et al. Psychological morbidity in the first year after breast surgery. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. 1992;18(4):327-31.
  252. Maguire P. Managing psychological morbidity in cancer patients. *European journal of cancer*. 2000;36(5):556-8.
  253. Pinder K.L. RM, Black E., Richards M.A., Gregory W.M., Rubens R.D. Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated features. *European journal of cancer*. 1993;29 (suppl A):524-7.
  254. Simon GE. Psychiatric treatments in multiple chemical sensitivity. *Toxicology and industrial health*. 1992;8(4):67-72.
  255. Andersen BL. Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1992;60(4):552-68.
  256. Mermelstein H.T. LL. depression in patients with cancer. *Psycho\_Oncology*. 1992;1:199-215.
  257. Cella D.F. SB, Sridler P.R.. Evaluation of a community based cancer support group. *Psycho-oncology*. 1993;2:123-32.

258. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*. 1989;2(8668):888-91.
259. Johansson B HL, Berglund G, et al. Reduced utilisation of specialist care among elderly cancer patients: a randomised study of a primary healthcare intervention. *European journal of cancer*. 2001;37(17):2161-8.
260. Chiles J-A LM-J, Hatch A-L. The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clin Psychol Sci Pract*. 1999;6(2):204-20.
261. Owen JE KJ, Hicken B, Tucker DC. . Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. *Psycho-Oncology* 2001;10(3):218-30.
262. Arving C, Brandberg Y, Feldman I, Johansson B, Glimelius B. Cost-utility analysis of individual psychosocial support interventions for breast cancer patients in a randomized controlled study. *Psycho-oncology*. 2014;23(3):251-8.
263. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1999;174:312-21.
264. Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, De-la-Camara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. The Zaragoza study. *Archives of general psychiatry*. 1995;52(6):497-506.
265. Eysenck SBG, Eysenck, H.J. . “Cuestionario de Personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ A)”. . Ediciones T, editor. Madrid2000.
266. Rico JL RM, Molina M. Adaptación y validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto NAcional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*. 2005;3:73-86.
267. Walker J, Postma K, McHugh GS, Rush R, Coyle B, Strong V, et al. Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder in cancer patients. *Journal of psychosomatic research*. 2007;63(1):83-91.
268. Boyes AW, Girgis A, Zucca AC, Lecathelinais C. Anxiety and depression among long-term survivors of cancer in Australia: results of a population-based survey. *Comment. The Medical journal of Australia*. 2009;191(5):295.
269. Brady MJ, Cella DF, Mo F, Bonomi AE, Tulsy DS, Lloyd SR, et al. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast quality-of-life instrument. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 1997;15(3):974-86.
270. Hopwood P. The assessment of body image in cancer patients. *European journal of cancer*. 1993;29A(2):276-81.
271. Yurek D, Farrar W, Andersen BL. Breast cancer surgery: comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68(4):697-709.
272. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *European journal of cancer*. 2001;37(2):189-97.
273. Weiss T BR. Realiability and Validity of a Spanish version of the Posttraumatic Growth Inventory. *Res Soc Work Pract* 2005;20(10):1-9.
274. Costa Requena G GF. Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos. *Anál Modif Conduct*. 2007;33(148):229-50.

- 
275. Olivares BG NF, Alvarado AS. Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *Gamo*. 2007;6(4):87.
  276. Fernández MA PM, García G, Fernández CA, Eguino A. Cáncer de mama en España: algunas consideraciones generales. Informe técnico de la Asociación Española contra el cáncer. 2003.
  277. Cancer) AAJCo. Cancer Staging Manual, 6th ed. 6 th ed Green FL: PD, Fleming ID et al (Eds), editor. New York: Springer-Verlag; 2002.
  278. Taylor SE KME, Reed G M and Aspinwall L G, editor. Assault on the self: Positive illusions and adjustment to threatening events. Springer-Verlag. ed: New-York: ; 1991.
  279. Lelorain S, Tessier P, Florin A, Bonnaud-Antignac A. Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of health psychology*. 2012;17(5):627-39.
  280. Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, Christie G, Clifton D, Gold S, et al. Supportive-expressive group therapy: the transformation of existential ambivalence into creative living while enhancing adherence to anti-cancer therapies. *Psycho-oncology*. 2004;13(11):755-68.
  281. Knaevelsrud C, Liedl A, Maercker A. Posttraumatic growth, optimism and openness as outcomes of a cognitive-behavioural intervention for posttraumatic stress reactions. *Journal of health psychology*. 2010;15(7):1030-8.
  282. Schroevers MJ, Helgeson VS, Sanderman R, Ranchor AV. Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2010;19(1):46-53.
  283. Schulz U, Mohamed NE. Turning the tide: benefit finding after cancer surgery. *Social science & medicine*. 2004;59(3):653-62.
  284. Luszczynska A, NE M, Schwarzer R. Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: the mediating role of coping strategies. *Psychol Health Med* 2005;10(4):365-75.
  285. Tedeschi R, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Journal of economic entomology*. 2004;15(1):1-18.
  286. Tedeschi RG PC, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual issues. Tedeschi RG CLe, editor. Inc: Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates; 1998. 1-22 p.
  287. Kent EE, Alfano CM, Smith AW, Bernstein L, McTiernan A, Baumgartner KB, et al. The roles of support seeking and race/ethnicity in posttraumatic growth among breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*. 2013;31(4):393-412.
  288. Owen JE, Goldstein MS, Lee JH, Breen N, Rowland JH. Use of health-related and cancer-specific support groups among adult cancer survivors. *Cancer*. 2007;109(12):2580-9.
  289. Galvan N, Buki LP, Garces DM. Suddenly, a carriage appears: social support needs of Latina breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*. 2009;27(3):361-82.
  290. Simoni JM, Franks JC, Lehavot K, Yard SS. Peer interventions to promote health: conceptual considerations. *The American journal of orthopsychiatry*. 2011;81(3):351-9.
  291. Danhauer SC, Case LD, Tedeschi R, Russell G, Vishnevsky T, Triplett K, et al. Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-oncology*. 2013;22(12):2676-83.

292. Tedeschi RC, LG. . Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. Sage Publications. 1995;Thousand Oaks, CA, US.
293. Taku K TR, Cann A, Calhoun LG. The culture of disclosure: effects of perceived reactions to disclosure on posttraumatic growth and distress in Japan. *J Social Clin Psychology*. 2009;29:1226-43.
294. Stanton AB, JE.; Low, CA. Posttraumatic growth after cancer. In: Calhoun GT, RG., editor. Associates; Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum; 2006.
295. Cordova MJ, Andrykowski MA. Responses to cancer diagnosis and treatment: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Seminars in clinical neuropsychiatry*. 2003;8(4):286-96.
296. Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A. Long term posttraumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2010;17(1):14-22.
297. Ransom S, Sheldon KM, Jacobsen PB. Actual change and inaccurate recall contribute to posttraumatic growth following radiotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(5):811-9.
298. Koutrouli N, Anagnostopoulos F, Potamianos G. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: a systematic review. *Women & health*. 2012;52(5):503-16.
299. Reid-Arndt SA, Yee A, Perry MC, Hsieh C. Cognitive and psychological factors associated with early posttreatment functional outcomes in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*. 2009;27(4):415-34.
300. Holland KD HC. The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health* 2003;18:15-29.
301. Stanton AL, Snider PR. Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1993;12(1):16-23.
302. Farmer JE, Clark MJ, Sherman AK. Rural versus urban social support seeking as a moderating variable in traumatic brain injury outcome. *The Journal of head trauma rehabilitation*. 2003;18(2):116-27.
303. Martín D. ZJ, y García F. Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*. 2003;8:175-82.
304. Danhauer SC, Crawford SL, Farmer DF, Avis NE. A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of behavioral medicine*. 2009;32(4):371-9.
305. Lazarus RS, & Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
306. Manuel JC, Burwell SR, Crawford SL, Lawrence RH, Farmer DF, Hege A, et al. Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer nursing*. 2007;30(2):85-94.
307. Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what? *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2000;19(2):107-14.
308. Scheier MF, Helgeson VS, Schulz R, Colvin S, Berga SL, Knapp J, et al. Moderators of interventions designed to enhance physical and psychological functioning among younger women with early-stage breast cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2007;25(36):5710-4.

- 
309. Font A. RE. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama. *Psicooncología*. 2004;1:67-86.
  310. Sammarco A, Konecny LM. Quality of life, social support, and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncology nursing forum*. 2008;35(5):844-9.
  311. Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD, Juando C. Nursing and cancer support groups. *Journal of advanced nursing*. 2005;51(4):369-81.
  312. Hogan BE, Linden W, Najarian B. Social support interventions: do they work? *Clinical psychology review*. 2002;22(3):383-442.
  313. Watson M, Greer S, Blake S, Shrapnell K. Reaction to a diagnosis of breast cancer. Relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer*. 1984;53(9):2008-12.
  314. Greer S, Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet*. 1990;335(8680):49-50.
  315. Schwartz CE, Daltroy LH, Brandt U, Friedman R, Stolbach L. A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer scale. *Psychological medicine*. 1992;22(1):203-10.
  316. Grassi L RG, Lasalvia A, Marangolo M. Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psycho-Oncology* 1993;2:11-20.
  317. Ferrero J BM, Toledo M. Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: an ex- ploratory study *Psycho-oncology*. 1994;3:223-32.
  318. SchnollIRA M, StolbachL, LormanC. Therela- tionship between emotional adjustment and two factor structure of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale. *Psycho-oncology*. 1995;4:265-72.
  319. Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*. 2000;89(5):1026-36.
  320. Dastan NB, Buzlu S. Psychoeducation intervention to improve adjustment to cancer among Turkish stage I-II breast cancer patients: a randomized controlled trial. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2012;13(10):5313-8.
  321. Manos D, Sebastian J, Mateos N, Bueno MJ. Results of a multi-componential psychosocial intervention programme for women with early-stage breast cancer in Spain: quality of life and mental adjustment. *European journal of cancer care*. 2009;18(3):295-305.
  322. Boesen EH, Karlsen R, Christensen J, Paaschburg B, Nielsen D, Bloch IS, et al. Psychosocial group intervention for patients with primary breast cancer: a randomised trial. *European journal of cancer*. 2011;47(9):1363-72.
  323. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-oncology*. 2003;12(6):532-46.
  324. Dolbeault S, Cayrou S, Bredart A, Viala AL, Desclaux B, Saltel P, et al. The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-oncology*. 2009;18(6):647-56.
  325. AL. S. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. . *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2006;24(32):5132-7.

326. Saita E ACaKK. Coping with Early Stage Breast Cancer: Examining the Influence of Personality Traits and Interpersonal Closeness. 6:88. *Front Psychol.* 2015;6(88).
327. Kayser K, Sormanti, M., and Strainchamps, E. Women coping with cancer: The influence of relationship factors of psychosocial adjustment. *Psychol Women Quart* 1999;23:725-39.
328. Kayser K, Sormanti M. A follow-up study of women with cancer: their psychosocial well-being and close relationships. *Social work in health care.* 2002;35(1-2):391-406.
329. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Kyriakopoulos D, Malamos N, Damigos D. Personal growth and psychological distress in advanced breast cancer. *Breast.* 2008;17(4):382-6.
330. Klauer T, Ferring D, Filipp SH. "Still stable after all this...?": Temporal comparison in coping with severe and chronic disease. *Int J Behav Dev.* 1998;22(2):339-55.
331. Salmon P, Manzi F, Valori RM. Measuring the meaning of life for patients with incurable cancer: the life evaluation questionnaire (LEQ). *European journal of cancer.* 1996;32A(5):755-60.
332. Van't Spijker AV TR, Duivenvoorden HJ. . Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies. *Psychosomatic medicine.* 1997;59:280-93.
333. Vazquez C, & Castilla, C. Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología.* 2007;4(2-3):85-404.
334. Park CL, Cohen LH, Murch RL. Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of personality.* 1996;64(1):71-105.
335. Tedeschi RG CL. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry.* 2004;15(1):1-18.
336. Aldwin CM LM. Posttraumatic growth: A developmental perspective. *Psychological Inquiry.* 15. 2004;1:9-22.
337. Schaefer JM, RH. . *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care.* Washington, DC: American Psychological Association; 2001. 145-67 p.
338. Diehl M, Coyle N, Labouvie-Vief G. Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and aging.* 1996;11(1):127-39.
339. Lockenhoff CE, Costa PT, Jr., Lane RD. Age differences in descriptions of emotional experiences in oneself and others. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences.* 2008;63(2):P92-9.
340. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American psychologist.* 2004;59(1):20-8.
341. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2006;74(5):797-816.
342. Davis CG, Wortman CB, Lehman DR, Silver RC. Searching for meaning in loss: are clinical assumptions correct. *Death studies.* 2000;24(6):497-540.
343. Frazier P, Conlon A, Glaser T. Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2001;69(6):1048-55.

- 
344. McMillen JC, Smith EM, Fisher RH. Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1997;65(5):733-9.
345. Boerner K, Wortman CB, Bonanno GA. Resilient or at risk? A 4-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2005;60(2):P67-73.
346. G. B. Clarifying and extending the construct of adult resilience. *American Psychologist* 2005;60:265-67.
347. Cohen LH, TR.; Pane, N. . Assessment of post-traumatic growth. In: Tedeschi RP, CL.; Calhoun, L., editors. , editor. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates;; 1998. 23-43 p.
348. Park CLL, Suzanne C. Measurement Issues in Assessing Growth Following Stressful Life Experiences. Calhoun LGET, Richard G. (Ed), editor. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2006.
349. Rahe RH, Meyer M, Smith M, Kjaer G, Holmes TH. Social Stress and Illness Onset. *Journal of psychosomatic research*. 1964;8:35-44.
350. Greene WA, Jr., Miller G. Psychological factors and reticuloendothelial disease. IV. Observations on a group of children and adolescents with leukemia: an interpretation of disease development in terms of the mother-child unit. *Psychosomatic medicine*. 1958;20(2):124-44.
351. Greene WA, Jr., Young LE, Swisher SN. Psychological factors and reticuloendothelial disease. II. Observations on a group of women with lymphomas and leukemias. *Psychosomatic medicine*. 1956;18(4):284-303.
352. Weiss E, Dolin B, Rollin HR, Fischer HK, Bepler CR. Emotional factors in coronary occlusion. I. Introduction and general summary. *AMA archives of internal medicine*. 1957;99(4):628-41.
353. M. KD. Specific psychological factors in pulmonary tuberculosis. *Hlth Bull*. 1956;14(4).
354. D.M. K. Some psychosocial aspects of pulmonary tuberculosis. . *Int J Soc Psychiat*. 1958;3(252).
355. Hawkins NG, Davies R, Holmes TH. Evidence of psychosocial factors in the development of pulmonary tuberculosis. *American review of tuberculosis*. 1957;75(5):768-80.
356. Rahe RH, Holmes TH. Social, Psychologic and Psychophysiologic Aspects of Inguinal Hernia. *Journal of psychosomatic research*. 1965;8:487-91.
357. Holmes T. H. GH, Wolf S. and Wolff H. G. The Nose. An Experimental Study of Reactions Within the Nose in Human Subjects During Varying Life Experiences. Springfield, Illinois. 1950.
358. The Stomach. [press release]. New York: Oxford University Press 1965.
359. Wolf S. CPV, Shepard E.M., and Wolff H.G. Life Stress and Essential Hyperten-sion. Baltirnore 1955.
360. Grace W. J. W SaWHG. The Human Colon. Hoeber PB, editor. New York 1951.
361. JL GldR. Psicossomática. In: E EK, editor. *Manual de Psiquiatria* 1980. p. 767-856.
362. Holmes TH, Rahe, R. H. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of psychosomatic research*. 1967;11(2):213-8.

363. Dohrenwend BS DB. Stressful Life Events and Their Contexts. . Press RU, editor. New Brunswick, NJ.1984.
364. PA. T. Dimensions of life events that influence psycholog- ical distress: an evaluation and synthesis of the literature, in Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research. HB EbK, editor. New York: Academic Press. 33-102 p.
365. Brown GW HT. Life Events and Illness. New York: Guilford Press; 1989.
366. RC K. The effects of stressful life events on depression. . Annual Rev Psychol. 1997;48:191-214.
367. ES P. Life events, social support and depression. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1994;377:50-8.
368. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. The American journal of psychiatry. 1999;156(6):837-41.
369. Asselmann E, Wittchen HU, Lieb R, Hofler M, Beesdo-Baum K. Danger and loss events and the incidence of anxiety and depressive disorders: a prospective-longitudinal community study of adolescents and young adults. Psychological medicine. 2015;45(1):153-63.
370. Phillips AC, Carroll D, Der G. Negative life events and symptoms of depression and anxiety: Stress causation and/or stress generation. Anxiety, stress, and coping. 2015:1-30.
371. Bower JE, Meyerowitz BE, Desmond KA, Bernaards CA, Rowland JH, Ganz PA. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2005;29(3):236-45.
372. Cordova MJ G-DJ, Golant M, et al. . Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. Journal of clinical psychology in medical settings. Set 2007;14(4):308-19.
373. Wang Y, Zhu X, Yang Y, Yi J, Tang L, He J, et al. What factors are predictive of benefit finding in women treated for non-metastatic breast cancer? A prospective study. Psycho-oncology. 2014.
374. Widows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M, Fields KK. Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association. 2005;24(3):266-73.
375. Updegraff JA, Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Wyatt, G. E. Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. Personality and Social Psychology Bulletin. 2002;28:382-94.
376. Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American psychologist. 1989;44(3):513.
377. Carpenter JS, Brockopp DY, Andrykowski MA. Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. Journal of advanced nursing. 1999;29(6):1402-11.
378. Valverde CV, & Castilla, C. . Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología. 2007;4(2):385-404.
379. R.R. CPTM. Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. Psychological Assessment. 1992;4:5-13.



- 
380. Evers AW, Kraaimaat FW, van Lankveld W, Jongen PJ, Jacobs JW, Bijlsma JW. Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2001;69(6):1026-36.
381. Sheikh AI. Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2004;11:265-73.
382. A. S. Posttraumatic growth in trauma survivors: Implications for practice. *Counseling Psychology Quarterly*. 2008;21(1):85-97.
383. Prati G PL. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma* 2009;14:364-88.
384. Tashiro TaF, P. "I'll never be in a relationship like that again": Personal growth following romantic relationship breakups. *Personal Relationships*. 2003;10:113-28.
385. Carver CS, Meyer B, Antoni MH. Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: moderator effects in women with early stage breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68(6):965-75.
386. Urcuyo KR, Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. . Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & health*. 2005;20(2):175-92.
387. G. THA. Finding benefits in adversity. (Ed). CRS, editor. New York: Oxford University Press.1999. 279-304 p.
388. King L HJ. Detecting and constructing meaning in life events. *The Journal of Positive Psychology*. 2009;4(5):317-30.
389. Watson D, Clark LA, Carey G. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of abnormal psychology*. 1988;97(3):346-53.
390. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of abnormal psychology*. 1991;100(3):316-36.
391. Clark LA, Watson D, Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology*. 1994;103(1):103-16.
392. I.H. G. Depression and general psychopathology in university students. *Journal of abnormal psychology*. 1984;93:19-30.
393. Eysenck H. *The structure of human personality*. London: Methen.1970.
394. Watson D, Clark LA, Harkness AR. Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of abnormal psychology*. 1994;103(1):18-31.
395. Robles R, Morales, M., Jiménez, L. M., & Morales, J. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*. 2009;6(1):191-201.
396. Den Oudsten BL, Van Heck GL, Van der Steeg AF, Roukema JA, De Vries J. Predictors of depressive symptoms 12 months after surgical treatment of early-stage breast cancer. *Psycho-oncology*. 2009;18(11):1230-7.
397. Golden-Kreutz DM, Andersen BL. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-oncology*. 2004;13(3):211-20.
398. Stafford L, Judd F, Gibson P, Komiti A, Mann GB, Quinn M. Anxiety and depression symptoms in the 2 years following diagnosis of breast or gynaecologic

- cancer: prevalence, course and determinants of outcome. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2015.
399. Fowler JM, Carpenter KM, Gupta P, Golden-Kreutz DM, Andersen BL. The gynecologic oncology consult: symptom presentation and concurrent symptoms of depression and anxiety. *Obstetrics and gynecology*. 2004;103(6):1211-7.
  400. van Amstel FK P vdBS, van Laarhoven HW, Gielissen MF, Prins JB, Ottevanger PB Distress screening remains important during follow-up after primary breast cancer treatment. . *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2013;21:2107-15.
  401. Den Oudsten BL VHG, Van der Steeg AF, Roukema JA, De Vries J. Predictors of depressive symptoms 12 months after surgical treatment of early-stage breast cancer. *Psycho-oncology*. 2009;18:1230-7.
  402. Manne S RC, Rubin S, Rosenblum N, Bergman C, Edelson M et al. Long-term trajectories of psychological adaptation among women diagnosed with gynecological cancers. . *Psychosomatic medicine*. 2008;70:677-87.
  403. Stafford L JF, Gibson P, Komiti A, Mann G, Quinn M. Screening for depression and anxiety in women with breast and gynaecologic cancer: course and prevalence of morbidity over 12 months. *Psycho-oncology*. 2013;22:2071-8.
  404. Nicholas DRV, T.A. . *The Psychosocial assessment of the adult Cancer patient*. *Professional Psychology: Research and Practice* 2000;31:206-15.
  405. Noyes Jr R, Holt, C. S. & Massie, M. J. . *Anxiety disorders*. Holland JC, editor. New York: Oxford University Press. ; 1998.
  406. Estrategia Nacional contra el cáncer. In: Consumo MdSy, editor. Madrid2010.
  407. Jacobsen PB, Wagner LI. A new quality standard: the integration of psychosocial care into routine cancer care. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2012;30(11):1154-9.
  408. Cardoso F, Bese N, Distelhorst SR, Bevilacqua JL, Ginsburg O, Grunberg SM, et al. Supportive care during treatment for breast cancer: resource allocations in low- and middle-income countries. A Breast Health Global Initiative 2013 consensus statement. *Breast*. 2013;22(5):593-605.

# **Anexo A - Estudios y revisiones**

---

**Cuadro 1. Estudios Longitudinales y Transversales de Crecimiento Posttraumático (CPT) - Asociación**

1er autor	Año	Lugar	Tipo de Muestra	N	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Kent EE.	2013	USA	Mujeres con cáncer de mama 40-64 años. E. Multicéntrico prospectivo.	669	PTGI, HRQOL	Las mujeres que han participado en programas de apoyo mostraron más crecimiento posttraumático que las que no ( $\beta= 10,4$ ) ( $p<0,001$ ).	La búsqueda de apoyo en las mujeres con cáncer de mama se asocia con un mayor crecimiento posttraumático. Las intervenciones para reforzar el crecimiento entre las mujeres con CM deben considerar la provisión de apoyo social adaptado a los diversos grupos.
Danhauer SC.	2013	USA	Mujeres con cáncer de mama E. Longitudinal.	653	PTGI RAND Social Support Scale	El incremento del soporte social está significativamente asociado con un mayor CPT ( $p<0,0001$ ).	EL CPT incrementa con el soporte social. Está asociado con hablar de la propia enfermedad y la búsqueda de soporte social
Lelorain S.	2012	Francia	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal y cualitativo.	32	ENTREVISTA ABIERTA	Existe un mayor crecimiento posttraumático en las mujeres que se les ayuda a reconocer los aspectos positivos y negativos de la enfermedad.	El crecimiento posttraumático parece ser muy dependiente de los recursos sociales.
Cohen M.	2011	Israel	Mujeres supervivientes con cáncer de mama. E. Transversal.	124	PTGI	Las voluntarias y no voluntarias tuvieron similares resultados en el PTGI. Correlación significativa en no voluntarias con respecto a la percepción de la salud ( $p<0,001$ ) y no significativa en las voluntarias ( $p>0,05$ )	Mientras que las voluntarias no diferían de las no voluntarias en los niveles de PTGI, niveles altos eran relacionados con mejor salud en el grupo de las no voluntarias.
Schroevers MJ.	2010	Groningen (The Netherlands)	Supervivientes de cáncer. E. Longitudinal.	206	SLQ, SSL	El recibir soporte emocional está significativamente asociado con un mayor crecimiento posttraumático ( $p<0,001$ )	Los resultados sugieren que conseguir soporte social es un recurso importante para encontrar significado positivo en el cáncer.
Schroevers MJ.	2008	Malaysia	66.4% mujeres con cáncer. E. Transversal.	113	PTGI, COPE SCL-90-R	El soporte instrumental ( $\beta= 0,38$ ); ( $p<0,01$ ), replantamiento positivo ( $\beta=0,21$ ); ( $p<0,05$ ), humor ( $\beta= 0,18$ ); ( $p<0,05$ ), son estrategias de afrontamiento significativas relacionadas con el crecimiento posttraumático.	Las estrategias de afrontamiento (apoyo, reencuadre positivo, humor) están significativamente relacionadas con el crecimiento posttraumático. Las estrategias de afrontamiento de evitación, negación, autotculpa, no están relacionadas con el crecimiento posttraumático.
Silva SM.	2012	Portugal	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal.	78	PTGI, HADS, WHOQOL-Bref	Las mujeres con resultados más altos en PTGI tienen amortiguado el impacto en la calidad de vida psicológica y social ( $p= 0,01$ ) y en la depresión ( $p= 0,06$ ).	El CPT tiene efecto amortiguador en el impacto del cáncer de mama y la adaptación psicossocial. Las intervenciones psicossociales deberían facilitar el CPT para promover la adaptación de las mujeres con cáncer de mama.

**Cuadro 2. Estudios Longitudinales y Transversales de Calidad de Vida - Asociación**

1er autor	Año	Lugar	Tipo de Muestra	N	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Garduño C.	2010	México	Mujeres con CM. E. Longitudinal.	60	InCaViSa	Existe una asociación estadísticamente significativa de $p < 0,001$ en muchas dimensiones de la calidad de vida en los pacientes que se les aplica una intervención Cognitivo-Conductual.	Existen mejoras estadística y clínicamente significativas en prácticamente todas las áreas de la calidad de vida para la gran mayoría de las participantes.
Reid-Armdt .	2009	Columbia	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal.	46	POMS-SF FACIT-B	Una mayor renuncia a buscar apoyo social estaba significativamente asociado con una peor calidad de vida ( $p < 0,017$ ).	Las pacientes más reacias a buscar apoyo social eran más propensas a presentar niveles más bajos de bienestar emocional.
Danhauer SC.	2009	EEUU	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	267	FACIT-B WOC-CA	Una peor calidad de vida ha sido asociada de forma significativa a una mayor búsqueda de apoyo social ( $p < 0,001$ ).	La calidad de vida puede predecir las estrategias de afrontamiento, tanto o más que a la inversa.
Font A.	2004	Barcelona	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	142	Cuest. CALIDAD DE VIDA DE FONT	La terapia de grupo se muestra eficaz para mejorar diferentes aspectos de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama ( $p < 0,001$ ).	La intervención psicológica en mujeres con cáncer de mama resulta eficaz para mejorar la calidad de vida.
Martin D.	2003	Argentina	Pacientes con cáncer. E. Longitudinal.	79	FACT CRI	La búsqueda de apoyo y la resolución de problemas se asociaron positivamente con dominios de la calidad de vida ( $p < 0,05$ ).	Las estrategias de afrontamiento son variables moduladoras de la evaluación subjetiva de la calidad de vida.

**Cuadro 3. Estudios Longitudinales de Adaptación psicológica al Cáncer (MAC) – Asociación**

1er autor	Año	Lugar	Tipo de Muestra	N	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Dastan NB.	2012	Turquía	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	88	MAC, HADS	El efecto de la intervención psicoeducativa en las mujeres con cáncer de mama a las 6 semanas y 6 meses fue estadísticamente significativo en el espíritu de lucha ( $p=0.000$ ) y con una disminución relevante en los resultados de la preocupación ansiosa ( $p=0.000$ ) y fatalismo ( $p=0.000$ ).	La intervención psicoeducativa provocó cambios positivos en el ajuste mental de las pacientes a las 6 semanas y a los 6 meses.
Boessen EH.	2011	Dinamarca	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	210	MAC, POMS, EORTC	Las mujeres que participaron en una intervención grupal psicosocial no tuvieron mayor adaptación psicológica con respecto al grupo control ( $p>0.05$ ).	El grupo de psicoterapia no mejoró el adaptación psicológica al cáncer de las mujeres con cáncer de mama primario.
Manos D.	2009	Madrid	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	188	MAC	Las mujeres que han participado en una intervención psicosocial tienen más espíritu de lucha ( $p<0,01$ ), más esperanza/optimismo ( $p<0,01$ ) y menos preocupación ansiosa ( $p<0,05$ ) que el grupo control.	En términos de adaptación psicológica hubo mejoras importantes después de una intervención psicosocial en el que se utilizó elementos educativos, cognitivo-conductuales y de apoyo social.
Dolbeault S.	2009	Francia	Mujeres con cáncer de mama E. Longitudinal.	203	STAI, POMS, MAC, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR23	Las mujeres que participaron en un grupo psicoeducacional no mejoraron su adaptación con respecto al grupo control ( $p>0.05$ ).	El efecto de la intervención psicoeducativa no mejoró la adaptación al cáncer, sin embargo se encontró mejoría en la calidad de vida y en la ansiedad y depresión.
Kissane DW.	2003	Australia	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal	303	MAC, HADS	Las mujeres que participaron en psicoterapia de grupo cognitivo-existencial no mejoraron la adaptación al cáncer ( $p>0.05$ ).	El efecto de la intervención en la adaptación psicológica no fue relevante en su resultado, aunque una reevaluación de las actitudes negativas podría haberlo mejorado.
Fukui S.	2000	Japón	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	50	MAC, HADS	Las mujeres que participaron en una intervención grupal tuvieron un afrontamiento con un espíritu de lucha significativo frente al grupo control a las seis semanas y seis meses, ( $p=0,003$ ) y ( $p=0,07$ ).	El espíritu de lucha es considerada como la respuesta más beneficiosa en el cáncer de mama. Esta adaptación es significativa en mujeres que participan en una intervención psicosocial grupal frente a las que no participan.
Cain EN.	1986	Connecticut	Mujeres con cáncer ginecológico. E. Longitudinal.	80	PAIS, HADS	Las mujeres que participaron en un grupo individual o grupal lograron una mejor adaptación a su enfermedad ( $p=0,007$ ).	La participación de las mujeres en un grupo de asesoramiento individual o grupal ha permitido una mayor adaptación a su enfermedad.

**Cuadro 4. Estudios Longitudinales y Transversales de Alteración Imagen Corporal (BIS) – Asociación**

1er autor	Año	Lugar	Tipo de Muestra	N	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Schmid-Büchi S.	2013	Suiza	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal.	175	CTSS, SCNS-SF34, HADS, DT	Las pacientes que presentaron una mayor alteración de la imagen corporal tuvieron una mayor necesidad de ayuda (p<0,05).	Las pacientes con una alteración de la imagen corporal y un mayor deterioro físico y social tenían más necesidades de atención de apoyo.
Narváez A.	2008	Madrid	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	38	BIS	El grupo experimental con intervención grupal mostró mejoras significativas con respecto al grupo control en la imagen corporal (p= 0,014).	Existe eficacia del tratamiento cognitivo-conductual en la mejora de la percepción de la imagen corporal en las mujeres con cáncer de mama.
Sebastián J.	2007	Madrid	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	188	BIS	Las mujeres que han participado en el programa de intervención psicosocial tienen una imagen corporal más positiva que el grupo control (p=0,004).	Las mujeres con cáncer de mama que recibieron un programa de intervención psicosocial experimentaron un cambio muy positivo en su imagen corporal.

**Cuadro 5. Estudios Longitudinales y Transversales de Ansiedad y Depresión (HADS) – Asociación**

1er autor	Año	Lugar	Tipo de Muestra	N	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Schmid-Büchi S.	2013	Suiza	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal.	175	SCNS-SF34, HADS, CTSS, DT	Las mujeres con cáncer de mama con mayor ansiedad y depresión vieron aumentadas sus necesidades de información y cuidado (OR= 1.24) y soporte (OR= 1.44) (p<0,001).	Las mujeres con mayor malestar clínicamente significativo vieron aumentadas sus necesidades de información, cuidado y soporte.
Liu D.	2011	China	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal.	401	HADS	Existe una asociación estadísticamente significativa entre el soporte social y los síntomas de ansiedad (p<0,01) y depresión (p<0,001).	Las mujeres con cáncer de mama que más ansiedad y depresión tienen son las que más soporte social reciben.
Uchida M.	2011	Japón	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	87	HADS SCNS-SF34	La asociación de HADS-Depresión y la necesidad información resultó significativa (p<0,01), así como la asociación de HADS y necesidades psicológicas (p<0,01).	Las mujeres con peor bienestar clínicamente significativo tenían mayores necesidades psicológicas y de información.
Schmid-Büchi S.	2011	Suiza	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal.	72	HADS SCNS-SF34	Existe una asociación significativa entre los niveles de depresión y las necesidades de atención de apoyo (p<0,001).	Las mujeres con mayor depresión requerían más necesidad de atención de apoyo.
Robles R.	2009	México	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal.	235	HADS, SSQ-6, PANAS	En las pacientes con cáncer de mama que recibieron con un mayor soporte social disminuyó significativamente la severidad de ansiedad y depresión (p<0,001).	Sería interesante diseñar, implementar y probar la efectividad de programas psicosociales integrales para la prevención y tratamiento de depresión y ansiedad.
Narváez A.	2008	Madrid	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	39	STAI-AE BDI	El grupo experimental con intervención grupal mostró diferencias significativas en cuanto a la ansiedad (p= 0,000) y depresión (p= 0,050) con respecto al grupo control.	La intervención grupal influye positivamente en la sintomatología psicológica.
Antoni MH.	2001	Miami (Florida)	Mujeres con CM Estadio 0-II. E. Longitudinal.	100	POMS, CES-D, IES, LOT-R	Se redujo la prevalencia de depresión moderada gracias a una intervención psicossocial (cognitivo-conductual). Al inicio (M= 11.83) y a los 9 meses (M= 8.51).	Las intervenciones psicosociales aumentaron las contribuciones positivas de las mujeres a sus vidas con un optimismo generalizado y experimentaron beneficios de haber padecido cáncer de mama.
Cain EN.	1986	New Haven (Connecticut)	Mujeres con CA. E. Longitudinal.	80	HAMILTON DEPRESSION AND ANXIETY SCALE PAIS	Las mujeres que han recibido soporte individual o grupal han tenido menos depresión (p= 0,02) y menos ansiedad (p= 0,004) que el grupo control.	Las mujeres tras sesiones de asesoramiento en grupos de apoyo mostraron mejoría significativa en autoconcepto, conocimiento de la enfermedad y una menor ansiedad y depresión.



**Cuadro 6. Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis Ansiedad y Depresión (HADS) – Asociación**

1er autor	Año	Tipo Revisión	Fecha Búsqueda	Años	Campos	Resultados	Conclusiones
Boehm K.	2014	REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS	2012 COCHRANE, PUB-MED, GOOGLE SCHOLAR	Edad media	ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA	Terapias de arte parecen afectar positivamente a la ansiedad de los pacientes DME: -1,10.	Las intervenciones artísticas pueden tener efectos beneficiosos sobre los pacientes con cáncer de mama. Los pacientes con cáncer están recurriendo cada vez más a la medicina complementaria y terapias alternativas. Artes terapias se utilizan cada vez más en psicooncología.
Anthony FJ.	2008	REVISIÓN SISTEMÁTICA	2008 COCHRANE DEPRESSION, ANXIETY AND NEUROSIS GROUP	Cualquier edad	DEPRESIÓN	La relajación reduce la depresión autoinformada: DME: -0,59 La relajación produjo menos efecto que el tratamiento psicológico (pral. tratamiento cognitivo-conductual), DME= 0,38.	La relajación es mejor que ningún tratamiento o que un tratamiento mínimo, pero no tan efectivo como las terapias psicológicas como la terapia cognitivo-conductual. Las técnicas de relajación tienen potencial como un tratamiento psicológico sencillo de primera línea para la depresión.
Sheard T.	1999	META-ANÁLISIS	1976-1986 ANSIEDAD 1980-1984 DEPRESIÓN 1978-1992 A Y D MEDLINE, PSYCLIT, BIDS	Sin rango de edad	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	Ansiedad: 25 ensayos. 0,42 DE a favor del tratamiento. Depresión: 30 ensayos. 0,36 DE a favor del tratamiento.	Las intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer pueden tener un efecto clínico moderado sobre la ansiedad. Hay indicios de que las intervenciones dirigidas a las personas en riesgo o con trastornos psicológicos tienen fuertes efectos clínicos.

**Cuadro 7. Estudios Longitudinales y Transversales Crecimiento Postraumático (CPT) – Menor Edad (< 50 años)**

1er autor	Año	Lugar	Tipo de Muestra	N	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Mystakidou K.	2008	Grecia	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal.	100	PTGI, HADS	Las mujeres de menor edad (<50años) tienen mayor crecimiento postraumático (p<0,001).	La edad más joven de las mujeres está relacionada con un mayor crecimiento postraumático que las de mayor edad.
Bellizi KM.	2006	EEUU	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal.	224	PTGI	Existe una prevalencia mayor de CPT en las mujeres con cáncer de mama más jóvenes, siendo su asociación estadísticamente significativa (p<0,001).	El CPT es mayor en mujeres menores de 50 años con respecto a las de mayor edad.
Manne S.	2004	EEUU	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	400	PTGI	Las pacientes menores de 50 años tienen mayor CPT en los tres períodos, tras la cirugía, a los 9 y a los 18 meses (p= 0,007).	Las mujeres con cáncer de mama menores de 50 años tienen mayor CPT.
Lechner SC.	2003	EEUU	Hombres y mujeres con cáncer. E. Transversal.	83	PTGI	Las pacientes más jóvenes tenían mejores niveles de bienestar (p<0,01).	Los resultados muestran que los pacientes más jóvenes tienen mejores resultados en sus niveles de bienestar.

**Cuadro 8. Estudios Longitudinales y Transversales Crecimiento Postraumático CPT – Nivel socioeconómico alto**

1er autor	Año	Lugar	Tipo de Muestra	N	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Vázquez C.	2007	Madrid	Mujeres con cáncer de mama	Revisión datos relevantes	PTGI	El estatus socioeconómico operativizado como el nivel de ingresos y/o educacional, no presenta una relación especialmente sólida con el CPT.	En el contexto del cáncer de mama parece ser que un mayor status socioeconómico podría facilitar el CPT, aunque no son datos consistentes.
Widows MR.	2005	EEUU	Mujeres sometidas a trasplante de medula ósea. E. Longitudinal.	72	PTGI, POMS, ISEL-SF	El crecimiento postraumático y el nivel de ingresos no tuvieron una asociación estadísticamente significativa ( $p= 0,31$ ).	El nivel socioeconómico en las mujeres sometidas a trasplante de medula ósea no estaba asociado a un mayor crecimiento postraumático.
Cordova MJ.	2001	EEUU	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal.	70	PTGI	El crecimiento postraumático de las mujeres con cáncer de mama estaba significativamente correlacionado con los ingresos ( $p< 0,05$ ).	El crecimiento postraumático de las mujeres con cáncer de mama era mayor en las mujeres con un nivel socioeconómico más alto.
Carpenter JS.	1999	EEUU	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal. Método triangulación.	120	SELF-ESTEEM SCALE WELL-BEING QUESTIONNAIRE	Las mujeres con cáncer de mama que lograron crecimiento tuvieron más probabilidad de tener un nivel económico más alto ( $p<0,01$ ).	Las mujeres supervivientes de cáncer de mama con mayores ingresos mostraron cambios positivos frente a las que tenían nivel económico más bajo.

**Cuadro 9. Estudios Longitudinales y Transversales Ansiedad/Depresión (HADS) – Neuroticismo (EPQA)**

1er autor	Año	Lugar	Tipo de Muestra	N	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Stafford L.	2015	Australia	Mujeres con cáncer de mama y ginecológico. E. Longitudinal.	105	HADS, CES-D, IP/IP	Las mujeres con cáncer de mama y rasgo neurótico alto presentaban una mayor ansiedad y depresión ( $p < 0,001$ ).	Las mujeres con puntuaciones de neuroticismo por encima de la media se mostraron más ansiosas y deprimidas.
Robles R.	2009	México	Mujeres con cáncer de mama. E. Transversal.	235	HADS, PANAS	La sintomatología ansiosa y depresiva aumentó con una mayor afectividad negativa ( $p < 0,001$ ), ( $p < 0,001$ ).	Un bajo puntaje de afectividad positiva y una alta afectividad negativa explican la comorbilidad de depresión y ansiedad.
Den Oudsten BL.	2009	Holanda	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal.	609	NEO-FFI, STAI	El rasgo de personalidad neurótica predijo síntomas depresivos de forma significativa ( $p = 0,020$ ).	El rasgo de personalidad neurótica está relacionado con los síntomas depresivos.
Golden-Kreutz.	2004	EEUU	Mujeres con cáncer de mama. E. Longitudinal prospectivo	210	CES-D, GOLD-BERG'S BIG FIVE FACTOR MEASURE	Existe una correlación significativa entre el neuroticismo y los síntomas depresivos ( $p < 0,0001$ ).	El neuroticismo está significativamente relacionado con los síntomas depresivos.
Watson D.	1988	EEUU	Muestra de pacientes gemelos. E. Longitudinal.	150	NA and PA scales, DIS	El rasgo de afectividad negativa era asociado significativamente con los síntomas y diagnóstico de ansiedad ( $p < 0,05$ ) y depresión ( $p < 0,01$ ).	La ansiedad y depresión se relacionan con el rasgo de personalidad neurótica o afectividad negativa.

## Anexo B - Estadíos del CM

**Cuadro 1. Tumor primario (T)<sup>a,b</sup>. (72)**

Clave	Tumor
<b>TX</b>	No se puede evaluar el tumor primario.
<b>T0</b>	No existe prueba de tumor primario.
<b>Tis</b>	Carcinoma <i>in situ</i> .
<b>Tis (CDIS)</b>	CDIS.
<b>Tis (CLIS)</b>	CLIS.
<b>Tis (Paget)</b>	Enfermedad de Paget del pezón que NO está relacionada con el carcinoma invasivo o carcinoma in situ (CDIS o CLIS) en el parénquima mamario subyacente. Los carcinomas del parénquima mamario relacionados con la enfermedad de Paget se clasifican sobre la base del tamaño y las características de la enfermedad parenquimal, aunque la presencia de la enfermedad de Paget aún se debería señalar.
<b>T1</b>	El tumor mide $\leq 20$ mm en su mayor dimensión.
<b>T1mi</b>	El tumor mide $\leq 1$ mm en su mayor dimensión.
<b>T1a</b>	El tumor mide $> 1$ mm pero $\leq 5$ mm en su mayor dimensión.
<b>T1b</b>	El tumor mide $> 5$ mm pero $\leq 10$ mm en su mayor dimensión.
<b>T1c</b>	El tumor mide $> 10$ mm pero $\leq 20$ mm en su mayor dimensión.
<b>T2</b>	El tumor mide $> 20$ mm pero $\leq 50$ mm en su mayor dimensión.
<b>T3</b>	El tumor mide $> 50$ mm en su mayor dimensión.
<b>T4</b>	El tumor es de cualquier tamaño con extensión directa a la pared pectoral o a la piel (ulceración o nódulos cutáneos). <sup>c</sup>
<b>T4a</b>	Extensión a la pared torácica que no solo incluye adherencia o invasión a los músculos pectorales.
<b>T4b</b>	Ulceración o nódulos satélites ipsilaterales o edema (incluyendo la piel de naranja) la cual no satisface el criterio de carcinoma inflamatorio.
<b>T4c</b>	Ambos, T4a y T4b.
<b>T4d</b>	Carcinoma inflamatorio.

CDIS = carcinoma ductal in situ; CLIS = carcinoma lobulillar in situ.

- Reproducido con permiso del AJCC: Breast. En: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 347–76.
- La clasificación del tumor primario T es la misma, independientemente de si se fundamenta en el criterio clínico o patológico, o en ambos. El tamaño se debe medir hasta el milímetro más cercano. Si el tamaño del tumor es ligeramente menor o mayor del límite para una clasificación T dada, se recomienda que se redondee hasta el milímetro más cercano al límite. Por ejemplo, un tumor con tamaño 1,1 mm se notifica como 1 mm, o un tumor 2,01 cm se notifica como de 2,0 cm. Las designaciones se deberían hacer con el subíndice "c" o "p" como modificador para indicar si la clasificación T se determinó mediante mediciones clínicas (examen físico o radiológico) o patológico, respectivamente. En general, la determinación patológica toma precedente sobre la determinación clínica del tamaño T.
- La invasión de la dermis por sí sola no califica como T4.

## Cuadro 2. Ganglios linfáticos regionales (N)<sup>a</sup>

Clínico	
<b>NX</b>	No se puede evaluar el ganglio linfático regional (p.ej., se extirpó previamente).
<b>N0</b>	No hay metástasis regional a los ganglios linfáticos.
<b>N1</b>	Metástasis en grado ipsilateral movable I, II ganglio linfático axilar o axilares.
<b>N2</b>	Metástasis en grado ipsilateral I, II ganglios linfáticos axilares que están clínicamente fijos o apelmazados.
	O Metástasis en ganglios mamarios ipsilaterales internos detectados clínicamente <sup>b</sup> en <i>ausencia</i> de metástasis a ganglio linfático axilar clínicamente manifiesta.
<b>N2a</b>	Metástasis ipsilateral en grado I, II a ganglios linfáticos axilares fijos unos a otros (apelmazados) o a otras estructuras.
<b>N2b</b>	Metástasis solo en ganglios mamarios internos ipsilaterales detectados clínicamente <sup>b</sup> en <i>ausencia</i> de metástasis clínicamente manifiesta a ganglio linfático axilar de grado I, II.
<b>N3</b>	Metástasis en ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) ipsilateral(es) (grado III axilar) con implicación de ganglio linfático axilar de grado I, II.
	O
	Metástasis en ganglio(s) linfático(s) mamario(s) ipsilateral(es) interno(s) clínicamente detectado(s) <sup>b</sup> con metástasis manifiesta en ganglios linfáticos axilares grados I, II.
	O Metástasis en ganglio(s) linfático(s) supraclavicular(es) ipsilateral(es) con implicación axilar o mamaria interna de ganglios linfáticos o sin esta.
<b>N3a</b>	Metástasis en ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) ipsilateral(es).
<b>N3b</b>	Metástasis en ganglio(s) linfático(s) mamario(s) interno(s) ipsilateral(es) y ganglio(s) linfático(s) axilar(es).
<b>N3c</b>	Metástasis en ganglio(s) linfático(s) ipsilateral(es) supraclavicular(es).

Reproducido con permiso del AJCC: Breast. En: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 347–76.

- a) Clínicamente detectado se define como encontrado mediante estudios de imagenología (excluyendo la linfocentelografía), o mediante examen clínico que manifiesta características altamente sospechosas de neoplasia o una supuesta macrometástasis patológica sobre la base de una biopsia de aspiración con aguja fina con examen citológico. La confirmación de enfermedad metastásica clínicamente manifiesta mediante aspiración con aguja fina sin biopsia de escisión se designa con un sufijo (f), por ejemplo cN3a(f). La biopsia por escisión de un ganglio linfático o la biopsia de un ganglio centinela, ante la ausencia de asignación pT, se clasifica como N clínico, por ejemplo, cN1. La información correspondiente a la confirmación de estatus ganglionar se designará con factores específicos al sitio tales como clínicos, aspiración con aguja fina, biopsia central o biopsia de ganglio linfático centinela. La clasificación patológica (pN) se usa para la escisión o biopsia de ganglio linfático centinela solo en conjunción con una asignación patológica T.

Cuadro 3. (pN) Patológico<sup>a,b</sup>

clave	descripción
<b>pNX</b>	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales (p.ej., extirpación previa o no se extirpó para un estudio patológico).
<b>pN0</b>	No se identificó metástasis en ganglios linfáticos regionales por medios histológicos.
<i>Nota:</i> los ITC se definen como pequeños grumos de células $\leq 0.2$ mm, o células de un solo tumor o una aglomeración de $< 200$ células en una sección histológica cruzada única. Las ITC se pueden localizar mediante una histología rutinaria o mediante métodos IHC. Los nódulos que solo contienen ITC se excluyen del recuento total de nódulos positivos para el proceso de clasificación N, pero se deben incluir en el número total de nódulos evaluados.	
<b>pN0(i-)</b>	Histológicamente, no hay metástasis regional a ganglio linfático regional, IHC negativo.
<b>pN0(i+)</b>	Células malignas en ganglio(s) linfático(s) regional(es) $\leq 0.2$ mm (detectado mediante H&E o IHC, incluyendo la ITC).
<b>pN0(mol-)</b>	Histológicamente no hay metástasis a ganglio linfático regional, hallazgos moleculares negativos (RT-PCR).
<b>pN0(mol+)</b>	Hallazgos moleculares positivos (RT-PCR), pero no se localizó metástasis a ganglio linfático regional alguno mediante histología o IHC.
<b>pN1</b>	Micrometástasis.
	O
	Metástasis en 1–3 ganglios linfáticos axilares.
	O
	Metástasis en ganglios mamarios internos con detección de metástasis localizada mediante biopsia de ganglio linfático centinela, pero sin detección clínica. <sup>c</sup>
<b>pN1mi</b>	Micrometástasis ( $>0,2$ mm o $>200$ células pero ninguna $>2,0$ mm).
<b>pN1a</b>	Metástasis en 1–3 ganglios linfáticos axilares, al menos una metástasis $>2,0$ mm.
<b>pN1b</b>	Metástasis en ganglios mamarios internos con micrometástasis o macrometástasis detectada mediante biopsia de ganglio linfático centinela, pero sin detección clínica. <sup>c</sup>
<b>pN1c</b>	Metástasis en 1–3 ganglios linfáticos axilares y ganglios linfáticos mamarios internos con micrometástasis o macrometástasis localizado mediante biopsia de ganglio linfático, pero sin detección clínica.
<b>pN2</b>	Metástasis in 4–9 ganglios linfáticos axilares.
	O
	Metástasis en ganglios linfáticos mamarios internos detectadas clínicamente <sup>d</sup> en <i>ausencia</i> de metástasis a ganglio linfático axilar.
<b>pN2a</b>	Metástasis en 4–9 ganglios linfáticos axilares (al menos un depósito tumoral $>2$ mm).
<b>pN2b</b>	Metástasis en ganglios linfáticos mamarios internos detectados clínicamente <sup>d</sup> en <i>ausencia</i> de metástasis a ganglio linfático axilar.
<b>pN3</b>	Metástasis en $\geq 10$ ganglios linfáticos axilares.
	O
	Metástasis en ganglios linfáticos infraclaviculares (grado III axilar).
	O
	Metástasis en ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales detectados clínicamente <sup>c</sup> en <i>presencia</i> de $\geq 1$ ganglios linfáticos axilares positivos de grado I o II.
	O
	Metástasis en $>3$ ganglios linfáticos axilares y ganglios linfáticos internos mamarios con micrometástasis o macrometástasis localizada mediante biopsia de ganglio linfático centinela pero sin detección clínica. <sup>c</sup>
	O
Metástasis en ganglios linfáticos ipsilaterales supraclaviculares.	
<b>pN3a</b>	Metástasis en $\geq 10$ ganglios linfáticos axilares (por lo menos un depósito tumoral $>2,0$ mm).
	O

	Metástasis a los ganglios infraclaviculares (ganglio axilar de grado III).
<b>pN3b</b>	Metástasis en >3 ganglios linfáticos axilares y ganglios mamaros internos detectados clínicamente <sup>d</sup> <i>en presencia</i> de metástasis a ganglio linfático axilar de ≥1 ganglio linfático axilar positivo.
	O
	Metástasis en >3 ganglios linfáticos axilares y ganglios linfáticos internos mamaros con micrometástasis o macrometástasis localizada mediante biopsia de ganglio linfático centinela pero sin detección clínica. <sup>c</sup>
<b>pN3c</b>	Metástasis en ganglios linfáticos ipsilaterales supraclaviculares.
<b>Postratamiento ypN</b>	
<p>Postratamiento yp "N" se deberían evaluar como métodos clínicos (pretratamiento) "N" arriba. El modificador "sn" solo se usa si una evaluación de un ganglio linfático se llevó a cabo luego del tratamiento. Se asume que la evaluación del ganglio axilar fue mediante DGA.</p> <p>Se usará la clasificación X (ypNX) si no se llevó a cabo el postratamiento yp SN o DGA.</p> <p>N las categorías son las mismas que se usan para la pN.</p>	

DGA = disección ganglionar axilar; H&E = tinción de hematoxilina y eosina; IHC = inmunohistoquímico; ITC = células tumorales aisladas; RT-PCR = reacción en cadena de la transcriptasa/polimerasa inversa.

- a) Reproducido con permiso del AJCC: Breast. En: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 347–76.
- b) La clasificación se fundamenta en la disección de ganglios linfáticos axilares con biopsia de ganglio linfático centinela o sin esta. La clasificación que se fundamenta solo en la biopsia de ganglio linfático centinela sin una disección de ganglio linfático axilar subsiguiente, se designa como (sn) para "ganglio centinela", por ejemplo pN0(sn).
- c) "Sin detección clínica". Se define como no localizable mediante estudios de imaginología (excluyendo la linfocentellografía) o no localizable mediante exámenes clínicos.
- d) "Detectado clínicamente" se define como localizable mediante estudios de imaginología (que excluye la linfocentellografía) o mediante examen clínico, y tener características altamente sospechosas de una neoplasia o una presunta macrometástasis patológica sobre la base de una biopsia de aspiración con aguja fina con examen citológico.



**Cuadro 4. Estadio anatómico/grupos pronósticos<sup>a,b</sup>. (72)**

Estadio	T	N	M
<b>0</b>	Tis	N0	M0
<b>IA</b>	T1b	N0	M0
<b>IB</b>	T0	N1mi	M0
	T1b	N1mi	M0
<b>IIA</b>	T0	N1c	M0
	T1b	N1c	M0
	T2	N0	M0
<b>IIB</b>	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
<b>IIIA</b>	T0	N2	M0
	T1b	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
<b>IIIB</b>	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
<b>IIIC</b>	Cualquier T	N3	M0
<b>IV</b>	Cualquier T	Cualquier N	M1

- a) Reproducido con permiso del AJCC: Breast. En: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 347–76.
- b) T1 incluye T1mi.
- c) Tumores T0 y T1 con solo micrometástasis nodal, se excluyen del estadio IIA y se clasifican como Estadio IB.
- M0 incluye M0(i+).
  - La designación pM0 no es válida; Cualquier M0 deber ser clínico.
  - Si una paciente presenta M1 antes del tratamiento sistémico neoadyuvante, el estadio se considera como Estadio IV y permanece en estadio IV independientemente de la respuesta ante la quimioterapia neoadyuvante.
  - La designación del estadio podría cambiar si los estudios de imaginología posquirúrgicos revelan la presencia de metástasis a distancia, siempre y cuando los estudios se lleven a cabo dentro de los cuatro meses del diagnóstico ante la ausencia de enfermedad evolutiva y cuando la paciente no haya recibido tratamiento neoadyuvante. –Tratamiento posneoadyuvante se designa con el prefijo "yc" o "yp". Nótese, que no se asigna ningún grupo de estadificación si se presenta una respuesta patológica completa (CR) ante el tratamiento neoadyuvante

# **Anexo C – Cuestionarios**

---

**a) Hoja de información al paciente**

## **HOJA DE INFORMACIÓN PARA LAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO CPT-CM**

---

### **CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO, CALIDAD DE VIDA E IMAGEN CORPORAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA**

Esta hoja de información puede estar utilizando algunas palabras que usted no comprenda. Por favor, pida que el personal del estudio le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.

El objetivo de este trabajo consiste en profundizar en aspectos relacionados con su enfermedad y su afrontamiento, la repercusión que ésta ha podido tener en su vida cotidiana y la valoración que realiza de sus consecuencias, mediante la utilización de una serie de cuestionarios y una entrevista, con el objetivo final de poder extraer conclusiones que nos permitan ayudar a otras personas que puedan llegar a pasar por su misma situación. Los cuestionarios se pasarán al comienzo del estudio que corresponde al mes de la intervención quirúrgica, a los seis meses y al año.

Este estudio no se realiza con fines asistenciales sino con fines de investigación, además de ayudar a comprender mejor los factores psicológicos asociados a la maduración personal, la percepción de cambio en sentido positivo y calidad de vida entre otras, de las personas que han sido diagnosticadas de un cáncer de mama y para que de los resultados del estudio se beneficie en un futuro, la sociedad en general.

Su nombre no aparecerá en ningún escrito ni publicación. Los cuestionarios se almacenarán en un lugar protegido y se tomarán las medidas necesarias para mantener su carácter confidencial de manera que nunca se podrán relacionar los cuestionarios con la persona. El acceso a los datos clínicos procedentes de la extracción estará restringido a personal investigador. En cualquier caso, y en virtud a lo recogido en la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal y a la Ley 41/02 de Autonomía del Paciente, vd. tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento y a que los datos procedentes de sus cuestionarios sean eliminados de nuestra base de datos y estos sean destruidos, mediante un escrito expresando su deseo de revocar su consentimiento.

Usted puede llevarse la hoja de información a su casa para meditarla con tiempo suficiente y consultar su participación con su familia o con su médico habitual. Una copia de la hoja de información y el formulario del consentimiento informado se quedará en su poder.

**Responsables del proyecto de tesis :**

- Investigador principal: Marta Charlo Bernardos
  - e-mail: martacharlob@gmail.com
  - Tfno: 976 765700 Ext-163022
- Investigador Colaborador 1: Ramón Sousa Domínguez
  - e-mail: rsousa@unizar.es
  - Tfno: 976 765700 Ext-164240
- Investigador Colaborador 2: Ricardo Campos Ródenas
  - e-mail: ricardocam@telefonica.net
  - Tfno: 976 765700 Ext-161305
- Investigador Colaborador 3: Antonio Jesús Campayo Martínez
  - e-mail: acampayo.iacs@aragon.es
  - Tfno: 976765700

## **b) Consentimiento informado**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Título del Proyecto: "Crecimiento Postraumático, calidad de vida e imagen corporal en mujeres con cáncer de mama"

Yo, .....

*(nombre y apellidos)*

con fecha.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con:.....(nombre del investigador)
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio: cuando quiera, sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Acepto que la información derivada de este estudio pueda ser utilizada en futuras investigaciones (relacionadas con ésta):
  - sí    no (marque lo que proceda).
- Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines de estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado

Firma del participante:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### **c) Revocación del consentimiento**



## **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

---

**Título del Proyecto: “Crecimiento Postraumático, calidad de vida e imagen corporal en mujeres con cáncer de mama”**

Yo, .....

(nombre y apellidos)

con fecha.....

decido libremente no seguir participando en este estudio clínico, por lo que revoco el consentimiento que firmé con anterioridad.

Firma del participante:

\_\_\_\_\_

## **d) Estudio CPT - CM**

CÓDIGO DE ENTREVISTADA.....\_ \_ \_ \_

FECHA DE LA ENTREVISTA (Fase Inicial Postquirúrgica)

.....\_ \_ \_ \_

FECHA DE LA ENTREVISTA (Fase 6 meses): .....\_ \_ \_ \_

FECHA DE LA ENTREVISTA (Fase 12 meses): .....\_ \_ \_ \_

## **ESTUDIO CPT-CM**

## 1. DATOS ENTREVISTADA Y DE LA ENTREVISTA

<b>CÓDIGO DE ENTREVISTADA</b> _____	---- <b>01001</b>
<b>FECHA DE LA ENTREVISTA (dia/mes/año)</b> _____	--- <b>01002</b>
<b>ENTREVISTADOR Nombre.....Apellidos.....Código</b>	<b>_ 01003</b>
<b>ENTREVISTA</b> _____	<b>_ 01004</b>
1. Completa	
2. Incompleta	
3. Informante	
4. No realizada	
<b>PARA ENTREVISTA NO COMPLETA</b> _____	<b>_01005</b>
1. Traslado de residencia	
2. No acepta responder por decisión personal	
3. No acepta responder por presión familiar	
4. Imposibilidad de responder por enfermedad	
5. Fallecimiento	
6. Otro. Especificar	
<b>EN CASO DE ENTREVISTA REALIZADA</b> _____	<b>_01006</b>
1. Presente únicamente la encuestada	
2. Presencia familiar NO participativa	
3. Presencia familiar participativa positiva [Ayuda a la encuestada a recordar algunos antecedentes personales o familiares]	
4. Presencia familiar participativa negativa [Hace cambiar de opinión a la encuestada sistemáticamente o interfiere continuamente la entrevista]	
5. Presencia de otra persona	
<b>NÚMERO HISTORIA CLÍNICA</b> _____	---- <b>01007</b>
<b>DOMICILIO</b> _____	---- <b>01008</b>
<b>TELÉFONO</b> _____	---- <b>01009</b>
<b>CENTRO DE SALUD (Codificar según anexo A)</b> _____	<b>--- 01010</b>
<b>MÉDICO AP. Especificar</b> _____	
<b>FECHA DE INGRESO</b> _____	<b>_01011</b>

## **2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

### **DEMOGRÁFICOS**

**FECHA DE NACIMIENTO (día/mes/año)** \_\_\_\_\_ \_ \_ \_ \_ **02001**

**CON QUIEN VIVE** \_\_\_\_\_ \_ \_ **02002**

1. Sola
2. Con pareja
3. Sólo, con hijos
4. Con hijos y pareja
5. Con padres
6. Con familia extensa
7. En institución
8. No sabe/ sin datos
9. No preguntado
10. Otros. Especificar \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL** \_\_\_\_\_ - \_ \_ **02003**

1. Soltera
1. Casada/pareja
2. Separada/divorciada
3. Viuda
4. Religiosa
5. No sabe/ sin datos
6. No preguntado

**LUGAR DE NACIMIENTO (Codificar según anexo B)** \_\_\_\_\_ \_ \_ \_ **02004**

### **CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICO-CULTURALES**

**NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADOS** \_\_\_\_\_ \_ **02005**

1. Título Superior
2. Título Grado medio
3. Bachillerato/FP
4. Graduado Escolar
5. Sin estudios

**SITUACIÓN LABORAL ACTUAL** \_\_\_\_\_ **\_ 02006**

1. Activo
2. Incapacidad laboral temporal
3. Incapacidad laboral permanente - Edad de la baja laboral \_\_/\_\_/\_\_ \_02007
4. Causa de la Incapacidad (Codificar según anexo C) \_\_\_\_\_ 02008
5. Jubilada - Edad de la jubilación \_\_/\_\_/\_\_ \_02009
6. Otra situación
7. No sabe/ sin datos
8. No preguntado

**¿CÚAL ES LA OCUPACIÓN QUE DESEMPEÑA EN LA ACTUALIDAD O LA ÚLTIMA QUE HA DESEMPEÑADO DURANTE MÁS TIEMPO? Especificar: \_\_\_\_\_**

(Lo que sigue a continuación se preguntará al final de la entrevista teniendo en cuenta la contestación al ítem 02002 "CON QUIEN VIVE") SITUACIÓN ECONÓMICA: (000= No procede o No ingresos, 888= No sabe/ sin datos, 999= No preguntado o no responde)

**INGRESOS MENSUALES DE LA ENTREVISTADA** \_\_\_\_\_ **\_\_ 02010**

**INGRESOS MENSUALES DEL CONYUGE** \_\_\_\_\_ **\_\_ 02011**

**INGRESOS MENSUALES DE OTROS MIEMBROS FAMILIA** \_\_\_\_\_ **\_\_ 02012**

1. <500 euros/mes
2. 500-1000 euros/mes
3. 1000-2000euros/mes
4. >2000 euros/mes

### 3. DATOS MÉDICOS ENTREVISTADA

<b>EDAD AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD:</b> _____	__ 03001
<b>TIPO DE TUMOR (Ver Anexo D)</b> _____	___ 03002
<b>GRADO DE EXTENSIÓN (Ver Anexo E)</b> _____	___ 03003
<b>TRATAMIENTO PREVIO (FECHA):</b> _____	_ 03004
1. Mastectomía parcial:	
2. Mastectomía total:	
3. Quimioterapia:	
4. Radioterapia:	
5. Reconstrucción de mama:	
6. Varios, ¿Cuáles?:	
<b>TRATAMIENTO ACTUAL</b> _____	_ 03005
<b>SITUACIÓN GINECOLÓGICA</b> _____	_ 03006
1. Pre-menopausia	
2. Peri-menopausia	
3. Post-menopausia	
<b>EDAD MENOPAUSIA</b> _____	__ 03007

## **4. DATOS PSICOLÓGICOS ENTREVISTADA**

**ANTECEDENTES PERSONALES DE ENFERMEDAD PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA** \_\_\_\_\_ **04001**

1. Antecedentes leves
2. Antecedentes graves
3. No existen antecedentes

**¿HA RECIBIDO O RECIBE TRATAMIENTO?** \_\_\_\_\_ **\_04002**

1. SI
2. NO

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DURANTE LA ENFERMEDAD** \_\_\_\_\_ **\_04003**

1. SI
2. NO

**APOYO SOCIAL: PERSONA/S PRINCIPAL/ES DE APOYO** \_\_\_\_\_ **\_04004**

1. Pareja
2. Padres-Hijos
3. Otros familia
4. Otras personas: (amigos, vecinos...)

### **SITUACIONES VITALES ESTRESANTES OCURRIDAS EN SU VIDA**

**Nº DE SITUACIONES VITALES ESTRESANTES** \_\_\_\_\_ **\_04005**

1. 1
2. 2
3. 3
4. Más de 3

**SITUACIÓN VITAL ESTRESANTE MÁS IMPORTANTE** \_\_\_\_\_ **-- 04006**

1. Muerte del cónyuge
2. Divorcio
3. Separación matrimonial
4. Encarcelación
5. Muerte de un familiar cercano
6. Lesión o enfermedad personal
7. Matrimonio
8. Despido del trabajo
9. Paro
10. Reconciliación matrimonial



11. Jubilación
12. Cambio de salud de un miembro de la familia
13. Drogadicción y/o alcoholismo
14. Embarazo
15. Dificultades o problemas sexuales
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia
17. Reajuste de negocio
18. Cambio de situación económica
19. Muerte de un amigo íntimo
20. Cambio en el tipo de trabajo
21. Mala relación con el cónyuge
22. Juicio por crédito o hipoteca
23. Cambio de responsabilidad en el trabajo
24. Hijo o hija que deja el hogar
25. Problemas legales
26. Logro personal notable
27. La esposa comienza o deja de trabajar
28. Comienzo o fin de escolaridad
29. Cambio en las condiciones de vida
30. Revisión de hábitos personales
31. Problemas con el jefe
32. Cambio de turno o de condiciones laborales
33. Cambio de residencia
34. Cambio de colegio
35. Cambio de actividad de ocio
36. Cambio de actividad religiosa
37. Cambio de actividades sociales
38. Cambio de hábito de dormir
39. Cambio en el número de reuniones familiares
40. Cambio de hábitos alimentarios
41. Vacaciones
42. Navidades
43. Leves transgresiones de la ley

**OBSERVACIONES**

## **PRESENTACIÓN DE CUESTIONARIOS**

---

A continuación encontrará una serie de cuestionarios que valoran diferentes aspectos relacionados con su enfermedad y el proceso de adaptación, la repercusión que ésta ha podido tener en su vida cotidiana y la valoración que realiza de sus consecuencias.

Deseamos agradecerle de antemano la participación desinteresada en este estudio. Nuestro principal propósito es la mejora en la asistencia psicológica de personas que tengan que afrontar una situación similar a la que usted ha vivido y para ello nos será muy importante conocer la información que va a compartir con nosotros.

## 5. TEST DE PERSONALIDAD - EPQ-A

---

	PD	PC	GN
N			
E			
P			
S			

Las preguntas siguientes se refieren a diferentes modos de pensar y sentir. Después de cada una están las palabras Sí y No. Lea cada pregunta y conteste rodeando con un círculo la palabra (Sí o No) que mejor refleje su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas; todas sirven. Tampoco hay preguntas de truco.

No piense demasiado las cuestiones, ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle todos los detalles que ud quisiera. Procure no dejar cuestiones sin contestar; tal vez algunas le parezcan muy personales; no se preocupe y recuerde que este ejemplar se guarda como documento confidencial y no puede ser valorado sin una plantilla especial; por otra parte, al obtener los resultados no se consideran las respuestas una a una, sino globalmente.

		SI	NO		
1	¿Tiene Ud. muchos "hobbys", muchas aficiones?			1	_5001
2	¿Le preocuparía tener deudas?			2	_5002
3	¿Tiene a menudo altibajos su estado de ánimo?			3	_5003
4	¿Ha sido alguna vez acaparador, cogiendo más de lo que correspondía?			4	_5004
5	¿Es Ud. Una persona conversadora?			5	_5005
6	¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?			6	_5006
7	¿Se siente alguna vez desgraciado sin ninguna razón?			7	_5007
8	¿Es Ud de los que cierra las puertas de su casa cuidadosamente todas las noches?			8	_5008
9	¿Tomaría Ud. drogas o medicamentos que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?			9	_5009
10	¿Se preocupa Ud a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho?			10	_5010
11	¿Ha quitado Ud algo que no le pertenecía, aunque no fuese más que un alfiler o un botón?			11	_5011
12	¿Es Ud una persona aimada, alegre?			12	_5012
13	¿Le gusta conocer a gente a gente nueva, hacer amistades?			13	_5013
14	¿Es Ud una persona irritable?			14	_5014
15	Cuando promete hacer algo, ¿cumple su promesa a pesar de los muchos inconvenientes que se puedan presentar?			15	_5015
16	Normalmente, ¿puede relajarse y disfrutar en una reunión social animada?			16	_5016
17	¿Se hieren sus sentimientos con facilidad?			17	_5017
18	¿Ha roto o perdido Ud algo que pertenecía a otra persona?			18	_5018
19	¿Tiende Ud a mantenerse en segundo plano en las reuniones sociales?			19	_5019
20	¿Disfruta Ud hiriendo o mortificando a personas que ama o quiere?			20	_5020
21	¿Se siente a menudo harto, "hasta la coronilla"?			21	_5021
22	¿Habla a veces de cosas de las que Ud no sabe nada?			22	_5022
23	¿Le gusta mucho salir?			23	_5023
24	¿Está Ud siempre dispuesto a admitir un error cuando lo ha cometido?			24	_5024
25	¿Le asaltan a menudo sentimientos de culpa?			25	_5025
26	¿Piensa Ud que el matrimonio está pasado de moda y debería suprimirse?			26	_5026
27	¿Tiene Ud enemigos que quieren hacerle daño?			27	_5027
28	¿Se considera Ud una persona nerviosa?			28	_5028
29	¿Cree que los sistemas de seguros son una buena idea?			29	_5029
30	¿Prefiere Ud leer a conocer gente?			30	_5030
31	¿Disfruta gastando bromas que a veces pueden herir o molestar a otras personas?			31	_5031
32	¿Se considera Ud una persona despreocupada, feliz?			32	_5032
33	¿Ha dicho Ud alguna vez algo malo o malintencionado acerca de alguien?			33	_5033

N	E	P	S

		SI	NO		
34	¿Tiene Ud muchos amigos?			34	_5034
35	¿Se interesa por el porvenir de su familia?			35	_5035
36	¿Es Ud. Una persona preocupadiza?			36	_5036
37	Cuando era niño, ¿fue alguna vez descarado con sus padres?			37	_5037
38	¿Toma Ud generalmente la iniciativa para hacer nuevos amigos?			38	_5038
39	¿Sufre Ud de insomnio?			39	_5039
40	¿Se preocupa Ud acerca de cosas terribles que puedan suceder?			40	_5040
41	¿Son buenas y convenientes todas sus costumbres?			41	_5041
42	¿Es Ud de los que a veces fanfarronean un poco?			42	_5042
43	¿Le gusta alternar con sus amistades?			43	_5043
44	¿Se considera Ud tenso, irritable, "de poco aguante"?			44	_5044
45	¿Has hecho alguna vez trampas en el juego?			45	_5045
46	Si se encuentra un niño perdido entre una muchedumbre de gente, ¿se compadecería de él?			46	_5046
47	¿Se preocupa Ud acerca de su salud?			47	_5047
48	¿Se ha aprovechado Ud alguna vez de otra persona?			48	_5048
49	¿Permanece Ud generalmente callado cuando está con otras personas?			49	_5049
50	¿Le molesta la gente que conduce con cuidado?			50	_5050
51	¿Duda mucho antes de tomar cualquier decisión, por pequeña que sea?			51	_5051
52	Cuando era niño, ¿hacía lo que le mandaban inmediatamente y sin protestar?			52	_5052
53	¿Le resulta fácil animar una reunión social que está resultando aburrida?			53	_5053
54	¿Para Ud tienen la mayoría de las cosas el mismo sabor?			54	_5054
55	¿Se ha sentido a menudo desanimado, cansado, sin ninguna razón?			55	_5055
56	¿Piensa que la gente pasa demasiado tiempo preocupándose por su futuro con ahorros y seguros?			56	_5056
57	¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos?			57	_5057
58	¿Le gusta llegar a tiempo a sus citas?			58	_5058
59	¿Siente Ud a menudo que la vida es muy aburrida?			59	_5059
60	¿Dejaría Ud de pagar sus impuestos si estuviera seguro de que nunca lo descubrirían?			60	_5060
61	¿Le gusta mezclarse con la gente?			61	_5061
62	¿Hay personas que evitan encontrarse con Ud?			62	_5062
63	¿Le preocupa mucho su apariencia externa?			63	_5063
64	¿Le importan mucho los buenos modales y la limpieza?			64	_5064
65	¿Es o fue su madre una buena mujer?			65	_5065
66	¿Ha deseado alguna vez morir?			66	_5066

N	E	P	S

		SI	NO		
67	¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?			67	_5067
68	Tiene Ud casi siempre una respuesta rápida, a mano, cuando la gente le habla?			68	_5068
69	¿Trata Ud de no ser grosero, mal educado, con la gente?			69	_5069
70	¿Se queda preocupado demasiado tiempo después de una experiencia embarazosa molesta?			70	_5070
71	¿Ha llegado Ud alguna vez tarde a una cita o al trabajo?			71	_5071
72	¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez?			72	_5072
73	¿Cuándo usted tiene que coger el tren, llega a menudo en el último momento?			73	_5073
74	¿Sufre Ud de los "nervios".			74	_5074
75	¿Se lava siempre las manos antes de las comidas?			75	_5075
76	¿Comienza a menudo actividades que le ocupan más tiempo del que dispone?			76	_5076
77	¿Se rompe fácilmente su amistad con otras personas sin que Ud tenga la culpa?			77	_5077
78	¿Se siente a menudo solo?			78	_5078
79	¿Deja Ud a veces para mañana lo que puede hacer hoy?			79	_5079
80	¿Es capaz de animar, de poner en marcha una reunión social?			80	_5080
81	¿Le daría pena ver a un animal cogido en una trampa?			81	_5081
82	¿Se siente fácilmente herido cuando la gente le encuentra fallos a Ud o a su trabajo?			82	_5082
83	¿Piensa que tener un seguro de enfermedades es una tontería?			83	_5083
84	¿Le gusta hacer rabiar algunas veces a los animales?			84	_5084
85	¿Se encuentra Ud algunas veces rebosante de energía y otras veces lento y apagado?			85	_5085
86	Practica Ud siempre lo que predica?			86	_5086
87	¿Le gusta que haya mucha animación, bullicio, a su alrededor?			87	_5087
88	¿Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo?			88	_5088
89	¿Es Ud susceptible o se le molesta fácilmente con ciertas cosas?			89	_5089
90	¿Respetaría siempre su lugar en una cola, a pesar de todo?			90	_5090
91	¿Piensan otras personas que Ud es muy enérgico y animado?			91	_5091
92	¿Prefieren normalmente salir solo?			92	_5092
93	¿Le hace perder el apetito cualquier contrariedad, por pequeña que ésta sea?			93	_5093
94	¿Considera que podría portarse mejor con algunos de sus amigos?			94	_5094

N	E	P	S

## 6. ESCALA HADS

Este cuestionario se ha elaborado para saber cuál es su estado emocional, de manera que puede prestarnos ayuda para saber cómo se encuentra.

No es preciso que preste atención a los números que aparecen en el margen izquierdo.

Lea cada pregunta y **subraye** la respuesta que usted considere que coincida con su propio estado emocional en la última semana.

No es preciso que piense mucho tiempo cada respuesta, en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

- A 1-Me siento tensa, nerviosa:** \_\_\_\_\_ **\_06001**
- 3 Casi todo el día
  - 2 Gran parte del día
  - 1 De vez en cuando
  - 0 Nunca
- D 2-Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:** \_\_\_\_\_ **\_06002**
- 0 Ciertamente igual que antes
  - 1 No tanto como antes
  - 2 Solamente un poco
  - 3 Ya no disfruto con nada
- A 3-Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:** \_ **\_06003**
- 3 Sí y muy intenso
  - 2 Sí, pero no muy intenso
  - 1 Sí, pero no me preocupa
  - 0 No siento nada de eso
- D 4-Soy incapaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:** \_\_\_\_\_ **\_06004**
- 0 Igual que siempre
  - 1 Actualmente algo menos
  - 2 Actualmente mucho menos
  - 3 Actualmente en absoluto
- A 5-Tengo la cabeza llena de preocupaciones:** \_\_\_\_\_ **\_06005**
- 3 Casi todo el día
  - 2 Gran parte del día
  - 1 De vez en cuando
  - 0 Nunca
- D 6-Me siento alegre:** \_\_\_\_\_ **\_06006**
- 3 Nunca
  - 2 Muy pocas veces
  - 1 En algunas ocasiones
  - 0 Gran parte del día

- A 7-Soy capaz de permanecer sentada, tranquila y relajadamente:\_\_\_** **\_06007**
- 0 Siempre
  - 1 A menudo
  - 2 Raras veces
  - 3 Nunca
- D 8-Me siento lenta y torpe:\_\_\_\_\_** **\_06008**
- 3 Gran parte del día
  - 2 A menudo
  - 1 A veces
  - 0 Nunca
- A 9-Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:\_\_\_\_\_** **\_06009**
- 0 Nunca
  - 1 Sólo en algunas ocasiones
  - 2 A menudo
  - 3 Muy a menudo
- D 10-He perdido el interés por mi aspecto personal:\_\_\_\_\_** **\_06010**
- 3 Completamente
  - 2 No me cuido como debiera hacerlo
  - 1 Es posible que no me cuide como debiera
  - 0 Me cuido como siempre lo he hecho
- A 11-Me siento inquieta como si no pudiera parar de moverme:\_\_\_\_\_** **\_06011**
- 3 Realmente mucho
  - 2 Bastante
  - 1 No mucho
  - 0 En absoluto
- D 12-Espero las cosas con ilusión:\_\_\_\_\_** **\_06012**
- 0 Como siempre
  - 1 Algo menos que antes
  - 2 Mucho menos que antes
  - 3 En absoluto
- A 13-Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:\_\_\_\_\_** **\_06013**
- 3 Muy a menudo
  - 2 Con cierta frecuencia
  - 1 Raramente
  - 0 Nunca
- D 14-Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio-tv:\_\_\_\_\_** **\_06014**
- 0 A menudo
  - 1 Algunas veces
  - 2 Pocas veces
  - 3 Casi nunca



Revise el cuestionario por si se ha olvidado responder alguna pregunta.  
Espacio a rellenar por el profesional

D (8-10)\_\_\_\_\_

A (8-10)\_\_\_\_\_

## 7. CUESTIONARIO MINI-MAC

---

A continuación aparece una lista de comentarios que describen las reacciones de personas que están pasando por una situación muy similar a la suya. Por favor señale con una cruz cada comentario indicando cuáles tienen más que ver con usted en estos momentos.

	1.Estoy muy en desacuerdo	2.Estoy en desacuerdo	3.Estoy de acuerdo	4.Estoy muy de acuerdo	
1. Por el momento me lo tomo día a día.					_07001
2. Veo mi enfermedad como un reto.					_07002
3. Me he puesto en manos de Dios.					_07003
4. Me siento como si estuviera tirando la toalla.					_07004
5. Me siento muy enfadada por lo que me ha pasado.					_07005
6. Me siento totalmente perdida sobre qué hacer.					_07006
7. Es un sentimiento devastador.					_07007
8. Aprecio lo que tengo.					_07008
9. Me preocupa recaer o empeorar.					_07009
10. Intento luchar contra la enfermedad.					_07010
11. Procuo apartar de mi mente pensamientos sobre mi enfermedad.					_07011
12. No puedo aguantarlo.					_07012
13. Soy aprehensiva.					_07013
14. No tengo mucha esperanza.					_07014
15. Siento que no puedo hacer nada por ayudarme a mí mismo.					_07015
16. Pienso que es el final del mundo.					_07016
17. No pensar en ello me ayuda a afrontarlo.					_07017
18. Soy muy optimista.					_07018
19. He tenido una buena vida, lo que me queda es de más.					_07019
20. Me siento desesperanzada con la vida.					_07020
21. No puedo afrontarlo.					_07021
22. Estoy enfadada por tener cáncer.					_07022
23. Estoy decidido a vencer mi enfermedad.					_07023
24. Desde mi diagnóstico de cáncer, me doy cuenta de lo preciada que es la vida y la aprovecho al máximo.					_07024
25. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí.					_07025
26. Hago un esfuerzo positivo para no pensar en mi enfermedad					_07026
27. Alejo deliberadamente de mi mente todos mis pensamientos sobre el cáncer.					_07027
28. Sufro gran ansiedad por ello.					_07028
29. Estoy un poco asustada					_07029

## 8. ESCALA FACT-B (4ª versión)

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

### ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD

	0.Nada	1.Un poco	2.Algo	3.Mucho	4.Muchísimo	
1. Me falta energía.						_08001
2. Tengo náuseas.						_08002
3. Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.						_08003
4. Tengo dolor.						_08004
5. Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.						_08005
6. Me siento enferma.						_08006
7. Necesito estar acostada.						_08007

### AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL

	0.Nada	1.Un poco	2.Algo	3.Mucho	4.Muchísimo	
1. Me siento cercana a mis amistades.						_08008
2. Recibo apoyo emocional por parte de mi familiar.						_08009
3. Recibo apoyo emocional por parte de mis amistades.						_08010
4. Mi familia ha aceptado mi enfermedad.						_08011
5. Me siento satisfecha con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad.						_08012
6. Me siento cercana a mi pareja (o a la persona que me da apoyo).						_08013
7. Necesito estar acostada (sin importar su nivel actual de satisfacción sexual, por favor, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, por favor, señale con una cruz esta casilla y continúe con la siguiente sección). <input type="checkbox"/>						_08014
8. Estoy satisfecha con mi vida sexual.						_08015

## ESTADO EMOCIONAL

	0.Nada	1.Un poco	2.Algo	3.Mucho	4.Muchísimo	
1. Me siento triste						_08016
2. Estoy satisfecha de cómo estoy enfrentando mi enfermedad.						_08017
3. Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad.						_08018
4. Me siento nerviosa.						_08019
5. Me preocupa morir.						_08020
6. Me preocupa que mi enfermedad empeore.						_08021

## CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL

	0.Nada	1.Un poco	2.Algo	3.Mucho	4.Muchísimo	
1. Puedo trabajar (incluya trabajo en el hogar).						_08022
2. Me satisface mi trabajo (incluya trabajo en el hogar).						_08023
3. Puedo disfrutar de la vida.						_08024
4. He aceptado mi enfermedad.						_08025
5. Duermo bien.						_08026
6. Disfruto con mis pasatiempos de siempre.						_08027
7. Estoy satisfecha con mi vida (calidad de vida) actual.						_08028

## OTRAS PREOCUPACIONES

	0.Nada	1.Un poco	2.Algo	3.Mucho	4.Muchísimo	
1. He sentido que me faltaba la respiración.						_08029
2. Me incomoda mi forma actual de vestir.						_08030
3. Siento que uno o ambos brazos están hinchados o sensibles.						_08031
4. Me siento sexualmente atractiva.						_08032
5. Estoy preocupada por la pérdida de cabello.						_08033
6. Me preocupa que otros miembros de mi familia puedan algún día tener la misma enfermedad que yo.						_08034
7. Me preocupa el efecto del estrés en mi enfermedad.						_08035
8. Estoy preocupada por un cambio de peso.						_08036
9. Soy capaz de sentirme como una mujer.						_08037
10. Tengo algunas partes de mi cuerpo que me duelen.						_08038

## 9. ESCALA BIS

En el siguiente cuestionario se le preguntará acerca de cómo se siente con su apariencia, y sobre algunos cambios que han podido producirse a consecuencia de su enfermedad o del tratamiento.

Por favor, lea cada pregunta atentamente, y ponga una cruz en la línea que más se acerque a cómo te has sentido contigo misma durante la última semana:

	0.Nada	1.Un poco	2.Bastante	3.Mucho	
1. ¿Te has sentido acomplejada con tu apariencia?					_09001
2. ¿Te has sentido menos atractiva físicamente como resultado de tu enfermedad o del tratamiento?					_09002
3. ¿Te has encontrado insatisfecha con tu apariencia vestida?					_09003
4. ¿Te has sentido menos femenina como resultado de la enfermedad o del tratamiento?					_09004
5. ¿Has encontrado dificultades para mirarte desnuda?					_09005
6. ¿Te has sentido menos atractiva sexualmente como resultado de tu enfermedad o del tratamiento?					_09006
7. ¿Has evitado estar con personas debido a como te sentías con tu apariencia?					_09007
8. ¿Has sentido que el tratamiento ha dejado tu cuerpo menos completo?					_09008
9. ¿Te has sentido insatisfecha con tu cuerpo?					_09009
10. ¿Te has sentido insatisfecha con la apariencia de tu cicatriz?					_09010

## 10. ESCALA PTGI

Indique el grado en que los cambios en su vida ocurrieron como resultado de su experiencia con la enfermedad.

	0. No cambio	1. Muy poco cambio	2. Poco cambio	3. Cambio moderado	4. Alto grado de cambio	5. Muy alto grado de cambio	
1. He cambiado mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.							_10001
2. Tengo mayor apreciación por el valor de mi propia vida.							_10002
3. He desarrollado nuevos intereses.							_10003
4. Tengo mayor confianza en mi misma.							_10004
5. Tengo mayor comprensión acerca de aspectos espirituales.							_10005
6. Veo más claramente que puedo contar con la gente en momentos difíciles.							_10006
7. He dado una nueva orientación a mi vida.							_10007
8. Tengo mayor sensación de cercanía con los demás.							_10008
9. Estoy más dispuesta a expresar mis emociones.							_10009
10. Me siento capaz de manejar dificultades.							_10010
11. Soy capaz de hacer mejores cosas con mi vida.							_10011
12. Acepto mejor la forma en la que salen las cosas.							_10012
13. Aprecio más cada día.							_10013
14. Han aparecido nuevas oportunidades, que de no ser así no hubieran existido.							_10014
15. Soy una persona más compasiva.							_10015
16. Me esfuerzo más en mis relaciones.							_10016
17. Estoy más dispuesto a cambiar las cosas que necesitan un cambio.							_10017
18. Tengo mayor fe religiosa.							_10018
19. He descubierto ser más fuerte de lo que pensaba.							_10019
20. He aprendido mucho acerca de lo maravillosa que la gente puede llegar a ser.							_10020
21. Acepto mejor el tener que necesitar a los demás.							_10021

# Anexo D - Autorizaciones

---



## **a) Aprobación de proyecto de Tesis**



Escuela de Doctorado  
**Universidad Zaragoza**

Fecha: 29/05/2014

Nº. Ref.: Escuela de Doctorado  
Comisión de Doctorado/GV/plr

**Destinatario:**

MARTA CHARLO BERNARDOS  
Tomás Ostáriz Forcén, 45  
50016 Zaragoza (ZARAGOZA)

Universidad de Zaragoza  
Registro General  
Salida Nº: GEN-005749  
Fecha: 04/06/2014

**Asunto:** Aprobación de Proyectos de tesis y experiencia investigadora de directores de tesis.

En relación con el Proyecto de tesis, aprobado por su Departamento en fecha 17/12/2008, le comunicamos que la Comisión de Doctorado ha ratificado la aprobación de dicho proyecto con el/los siguiente/-es director/-res de tesis.

Departamento: 1006 Fisiatría y Enfermería

Directores de tesis: Sousa Domínguez, Ramón  
Campos Ródenas, Ricardo  
Campayo Martínez, Antonio Jesús

El Presidente de la Comisión de Doctorado

Fdo.: Germán Vicente Rodríguez



**Universidad  
Zaragoza**

**b) Carta de aceptación de la Dirección Médica**


**DR. RICARDO CAMPOS RÓDENAS**  
F.E.A.  
PSIQUIATRÍA  
PTA. 3.- INTERIOR

Fecha: 7 de abril de 2010  
De: DIRECCIÓN DE HOSPITAL  
Dr. Fernando Escolar Castellón

Asunto: Autorización realización estudio epidemiológico

Habiendo recibido su solicitud de autorización para la realización de un estudio epidemiológico sobre "Crecimiento postraumático, calidad de vida e imagen corporal en mujeres con cáncer de mama", le transmito que esta Dirección **AUTORIZA** llevar a cabo dicho estudio.

Atentamente,

  
Fdo.: Dr. Fernando Escolar Castellón  
Director de Hospital



### **c) Dictamen favorable CEICA**

**CEIC Aragón (CEICA)**

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

**CERTIFICA**

**1º.** Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 13/10/2010, acta 15/2010 ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

**Título:** Crecimiento Postraumático, Calidad De Vida e Imagen Corporal En Cáncer De Mama

**Investigador:** Marta Charlo Bernardos

**Versión Protocolo:** marzo 2010

**Versión Hoja Información al Paciente:**

V1.0 de 12/05/2010

**1º.** Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

**2º.** Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 13 de octubre de 2010

Fdo:



Dña. María González Hinjos  
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

**d) Autorización FACIT**

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to **Marta Charlo Bernardos** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **Marta Charlo Bernardos** (“INDIVIDUAL”) is granted license to use the **Spanish** version of the **FACT-B** in one study.

This current license extends to (INDIVIDUAL) subject to the following terms:

- 1) (INDIVIDUAL) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (INDIVIDUAL) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (INDIVIDUAL) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.





PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

- 5) This license is not extended to electronic data capture vendors of (INDIVIDUAL). Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
  
  - 6) This license is only extended for use on the internet on servers internal to (INDIVIDUAL). This FACIT license may not be used with online data capture unless specifically agreed to by Licensor in writing. Such agreement will only be provided in cases where access is password protected.
  
  - 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if (INDIVIDUAL) engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
  
  - 8) There are no fees associated with this license.
-

# Índice de materias

---

- Actividad física, 11, 20, 21, 22, 141
- Alcohol, 11, 20, 21, 56, 178
- Análisis coste-utilidad, 73
- Antecedentes familiares, 18, 19, 21
- Años ajustados por calidad de vida, 72, 170
- Apoyo emocional, 46, 50, 72, 137, 140, 181, 256
- Apoyo informacional-educacional, 46, 48
- Apoyo instrumental, 46, 51
- Apoyo social, 39, 40, 50, 61, 72, 89, 100, 136, 138, 139, 140, 141, 144, 146, 149, 185
- Apoyo sociofamiliar, 101
- Autoculpa, 137
- AVAC, 72, 170
- BCS, 87
- Beneficio percibido, 38, 45, 46, 159, 163
- Bienestar emocional, 33, 57, 69, 71, 140, 170
- BIS, 74, 76, 87, 88, 103, 115, 146, 209, 258
- BRCA1 y BRCA2, 19
- Breast Cancer Subscale, 87
- Carcinoma ductal in situ, 25, 90, 98, 217
- Carcinoma ductal invasivo, 27
- Carcinoma lobulillar in situ, 217
- Charlas o Encuentros, 47
- Clasificación molecular, 28, 99
- Clasificación TNM, 31
- Crecimiento relacionado con el estrés, 38, 154, 158, 164
- Densidad mamográfica, 22
- Desamparo, 49, 57, 58, 59, 86, 144, 145
- Desconexión conductual, 137
- Desesperanza, 57, 58, 59, 144, 145
- Diagnóstico precoz, 23
- Encuesta sociodemográfica, 82
- EPQA, 75, 84, 106, 107, 214
- Escala de Holmes y Rahe, 75, 76, 81, 82, 83, 93, 107, 108, 121, 122, 155, 173
- Escala de Reajuste Social, 52, 83
- Espíritu de lucha, 39, 57, 59, 86, 143, 144, 145
- Extroversión, 106, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 163, 164, 165
- FACIT-B, 74, 87, 102, 112, 139, 141, 207
- Factores de riesgo, 18, 20, 21, 22, 52
- Factores reproductivos, 19, 20
- Fatalismo, 57, 58, 59, 86, 144, 145
- Grupo pronóstico, 98
- Grupos de autoayuda, 47, 142
- HADS, 56, 75, 76, 85, 104, 105, 117, 149, 188, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 251
- Humor, 84, 85, 137
- Incidencia, 11, 12, 14, 15, 17, 21, 22, 68, 79, 176
- Inventario de Personalidad NEO, 163
- Ki 67, 31
- Lactancia, 19, 20, 21, 22
- Luminal A, 90, 99
- Luminal B, 90, 99, 180
- Metaanálisis, 19, 21, 152, 154, 160, 211
- MINI-MAC, 59, 74, 76, 86, 103, 188, 254
- Mortalidad, 12, 13, 14, 15, 17, 21, 31, 56, 94, 176
- Negación, 58, 86
- Neuroticismo, 65, 66, 67, 106, 125, 127, 128, 129, 130, 132, 163, 164, 165, 167, 168, 214
- Obesidad, 20, 21
- p53, 31, 181
- Preocupación Ansiosa, 58, 86, 145
- Psicología positiva, 37, 169
- Psicoticismo, 65, 66, 67, 84, 85, 106, 128, 129, 130, 131
- PTGI, 37, 74, 75, 76, 83, 88, 102, 109, 118, 135, 138, 160, 162, 163, 164, 206, 212, 213, 259

Receptores de estrógenos, 20, 22, 28, 29  
Receptores de progesterona, 22, 28  
Replanteamiento positivo, 137  
Resiliencia, 38, 41, 53, 154  
Rumiación intrusiva, 43  
Rumiación reflexiva, 43  
SCNS-F34, 149  
Sinceridad, 84, 85, 106, 128, 129, 131  
Soporte instrumental, 137  
SRRS, 52, 83  
Supervivencia, 18, 24, 29, 30, 31, 32, 45, 56, 63, 69  
Teoría PEN, 65  
Terapias informativo-educacionales, 50  
Triple negativo, 20, 28, 30