



TESIS DOCTORAL

**CUIDANDO A LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA:
EL AFRONTAMIENTO COMO PREDICTOR DE LA
CALIDAD DE VIDA**

Mercedes Bueno Ferrán

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL

DIRECTOR DE TESIS: DR. D. JOSE M^a LEÓN RUBIO

**CODIRECTOR DE TESIS: DR. D. FRANCISCO JAVIER
CANTERO**

Sevilla, Octubre 2015



TESIS DOCTORAL

**CUIDANDO A LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA:
EL AFRONTAMIENTO COMO PREDICTOR DE LA
CALIDAD DE VIDA ***

Mercedes Bueno Ferrán

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL

Programa de doctorado: Recursos Humanos

Línea de investigación: Estrés y factores psicosociales en la prevención de riesgo.

Director de Tesis: Prof. Dr. D. José María León Rubio

Codirector de Tesis: Prof. Dr. D. Francisco Javier Cantero Sánchez

*Los datos de esta investigación se recogieron para un proyecto subvencionado con una beca FISS N° EXP. PI08/90277

Sevilla, Octubre de 2015

Fdo: Mercedes Bueno Ferrán

Agradecimientos

Concluir una tesis doctoral no es fácil, especialmente cuando se ha llegado a ese punto de la vida profesional en el que los años que quedan por delante son menos que los que quedaron atrás. Ya no se hace la tesis por la ilusión de cumplir una etapa, o por demostrarse a una misma que se es capaz y se puede, o por ser más competitivo en el mercado laboral. La tesis se hace porque se quiere hacer, y puede aprovecharse para realizar un viaje a través de las propias capacidades, la ilusión, el entusiasmo, la paciencia, y también el escepticismo, la rebeldía, la falta de humildad... en resumen, un viaje a través de ti misma que contribuye a tu crecimiento personal y profesional, y un intento de devolver algo de mí misma a esta profesión a la que tanto debo y tanto quiero.

Por ello tengo que agradecer a muchas personas que me hayan acompañado, cuidado y sostenido en este viaje.

A José María León cuya tutela y compañía han constituido una maravillosa experiencia de aprendizaje académico y personal. Todo mi agradecimiento es poco y en mi memoria quedará como un auténtico maestro.

A Francisco Javier Cantero, que ha cuidado de mí y me ha dado el apoyo en los momentos bajos. Sus aportaciones han sido muy valiosas para mí.

A mis compañeras y compañeros, y especialmente a José, a Luis y a Juanma, por sus comentarios y sugerencias, pero especialmente por ser amigos.

A Alex, el hechicero que da forma a este documento.

A todas las enfermeras y enfermeros que participaron en este proyecto de investigación, todo un grupo de magníficas compañeras y amigas. Ellas y ellos ya saben quiénes son.

A todas las mujeres que han participado en este estudio, por ayudarnos a entender mejor el proceso y a todas las mujeres con cáncer de mama que han tenido que afrontar la enfermedad, especialmente a las amigas: Angels Custey y Ángeles Díaz. Angels que compartió su enfermedad y su muerte, y nos mostró muchos caminos; Ángeles Díaz, que

con su generosidad nos permitió vivir cerca de ella algunos de los buenos y malos momentos.

A las amigas y amigos que tanta paciencia han tenido conmigo

A las personas que me ayudaron a renacer en el mundo emocional: Pepe, Carmen y Conrado, y a Juan, el perfecto compañero.

A mi familia, algunos me acompañan desde una dimensión diferente, y otras y otros están siempre a mi lado. A Rosa, el estímulo vital constante, la mejor compañera en el gran viaje. Y a los mejores hermanos y hermanas que se pueden tener, con todo mi cariño a Ana, Olga, Luis y Álvaro. Y por último una mención especial para los peques de la casa, Mario y Pablo, que aportan la luz que ilumina el futuro.

*“Vive como si fueras a morir mañana;
aprende como si el mundo fuera a durar para siempre”.*

Mahatma Gandhi

Contenido

Resumen	15
Introducción.....	19
Hipótesis y objetivos	43
Material y Método	45
Diseño del estudio	45
Ámbito, población y muestra del estudio	45
Variables e instrumentos de media.....	47
Estilo de afrontamiento.....	47
Reacciones emocionales	48
Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	49
Perfil sociodemográfico.....	51
Procedimiento de recogida de datos	52
Aspectos éticos y legales	55
Análisis y prospectiva.....	57
Análisis de datos	57
Prospectiva del estudio	59
Resultados y Comentarios	61
Identificación de las estrategias de afrontamiento.....	61
Cambios longitudinales en las estrategias de afrontamiento	70
El estilo de afrontamiento o ajuste mental al cáncer como variable predictora del consumo de analgésicos y psicofármacos	122
Calidad de vida relacionada con la salud: evolución, relación con el complejo ansiedad-depresión y el ajuste a la enfermedad.....	124
Dimensiones de calidad de vida y tratamientos farmacológicos	146
Valoración enfermera: Patrones funcionales de Gordon.....	147
Limitaciones	169
Conclusiones.....	171
Conclusion	177
Referencias bibliográficas	181
Citas.....	215

Anexo 1. Patrones Funcionales de Salud	217
Anexo 2. Cuaderno de recogida de datos	221
Anexo 3. Consentimiento informado	271
Anexo 4. Informe Comité Ética de la Investigación	275

Índice de Tablas

Tabla 1. Escala de Ajuste mental al Cáncer: ítems y puntaje. Elaboración propia	47
Tabla 2. Composición del cuestionario QLQ C-30. Elaboración propia.....	50
Tabla 3. Composición del cuestionario QLQ BR-23. Elaboración propia.....	51
Tabla 4. Fiabilidad estimada para los factores definidos.	66
Tabla 5. Matriz de correlación entre factores.	67
Tabla 6. Análisis factoriales realizados con el Mac en distintos países con los factores identificados. Adaptada de 09)	68
Tabla 7. Correlaciones de las variables Edad, Número de hijos y Días de estancia hospitalaria	72
Tabla 8. Independencia entre las variables dicotómicas.....	73
Tabla 9. Independencia entre variables de más de dos categorías.....	73
Tabla 10. Prueba de esfericidad de	77
Tabla 11 Estadísticos univariados referidos a los efectos intra-sujetos.....	77
Tabla 12. Relación entre clústeres de efectos inter-sujetos entre	81
Tabla 13. Pruebas de contrastes dentro de sujetos. Variación de puntuaciones entre el estilo de afrontamiento y las mediciones realizadas en el tiempo.	82
Tabla 14. Comparación por pares de los niveles del factor ajuste a lo largo del tiempo dentro de cada clúster	86
Tabla 15. Contraste entre clústeres y desamparo	94
Tabla 16. Contraste entre clústeres y minimizar	95
Tabla 17. Contraste entre clústeres y reactividad emocional	96
Tabla 18.	96
Tabla 19. Estadísticos descriptivos de la ansiedad y depresión más representativos a lo largo del tiempo	102
Tabla 20. Recuento de casos clínicos de ansiedad en precirugía, a los 3, 6 y 12 meses	103
Tabla 21. Recuento de casos clínicos de depresión en precirugía, a los 3, 6 y 12 meses	103
Tabla 22. Correlación entre las medidas de la HAD	104
Tabla 23. Medias generales del HAD.....	104
Tabla 24. Porcentaje de casos clasificados como no pacientes, pacientes médicos y pacientes paliativos.....	105
Tabla 25. Correlaciones de las medidas iniciales de ansiedad y depresión.....	106
Tabla 26. Estadísticos descriptivos por grupo y medida	107
Tabla 27.. Diferencias entre grupos en las puntuaciones estandarizadas de las distintas medidas de ansiedad y depresión.....	110
Tabla 28. Diferencias entre las puntuaciones medias de los grupos de HAD y las diferentes medidas del estilo de afrontamiento.	112
Tabla 29. Diferencias significativas entre las medidas del HAD y el estilo de afrontamiento en las diferentes medidas.	113
Tabla 30. Correlaciones entre MAC y HAD en las diferentes medidas.....	115

Tabla 31. Valores de Fisher.....	116
Tabla 32. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica.....	117
Tabla 33. Funciones discriminantes lineales de Fisher.	118
Tabla 34.- Fiabilidad para los factores extraídos de calidad de vida.....	128
Tabla 35.- Prueba de esfericidad de Mauchly.....	129
Tabla 36 <i>Pruebas</i>	131
Tabla 37.- <i>Comparaciones por parejas de registros de calidad de vida</i>	137
Tabla 38.- <i>Comparaciones entre parejas: factores de calidad de vida y grupos pacientes no pacientes en ansiedad y depresión.</i>	140
Tabla 39 Comportamiento diferencial de los jueces en la valoración de los patrones funcionales de salud.....	149
Tabla 40.- Resumen de contraste de hipótesis.....	160

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Tipos de ajuste a la enfermedad según Moorey y Greer. Adaptado de Bárez, 2002	31
Cuadro 2. Esquema de medidas tomadas en cada una de las entrevistas. Elaboración propia	55
Cuadro 3. Ítems de la dimensión I. Factor desamparo o indefensión.....	63
Cuadro 4. Ítems de la dimensión II. Factor minimización.	65
Cuadro 5. Ítems de la dimensión III. Factor espíritu de lucha.....	65

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribución de clústeres.	76
Gráfico 2. Medidas estimadas desamparo según clúster	93
Gráfico 3. Variabilidad de las estrategias de ajuste al cáncer en precirugía, y a los 3, 6 y 12 meses)	94
Gráfico 4. Medidas estimadas espíritu de lucha	97
Gráfico 5. Distribución de la ansiedad y depresión por grupos y medidas.	108
Gráfico 6. Modelo de mediación, moderación y causas condicionales para las variables Calidad de vida, Ajuste mental (Espíritu de lucha) y Ansiedad-depresión	141
Gráfico 7. Resultados del modelo de mediación, moderación y causas condicionales para las variables Calidad de vida, Ajuste mental (Espíritu de lucha) y Ansiedad-depresión.....	142
Gráfico 8. Gráfico de Témpanos patrones funcionales de salud.	150
Gráfico 9.- Distribución de probabilidad. Patrón cognitivo- perceptivo.....	153
Gráfico 10.- Distribución de probabilidad. Patrón adaptación tolerancia al estrés	154
Gráfico 11.- Distribución de probabilidades. Patrón percepción –manejo de la salud	155
Gráfico 12.- Distribución de probabilidades. Patrón eliminación	156
Gráfico 13.- Distribución de probabilidad. Patrón Relaciones.....	157
Gráfico 14 Distribución de probabilidades Patrón nutricional-metabólico.....	158
Gráfico 15 Distribución de probabilidades. Patrón actividad-ejercicio	159

Resumen

El cáncer de mama es un problema de salud relevante como indican sus cifras de incidencia, prevalencia, mortalidad y coste. La consideración del cáncer como enfermedad crónica, donde el paciente experimenta cambios que afectan tanto a nivel físico como psíquico y social, requiere un enfoque integral de la atención sanitaria. El impacto del cáncer en general y del cáncer de mama en particular, se extiende a todas las esferas de la vida de las personas afectadas y sus familias, impacto que detrae su calidad de vida y aumenta el estrés. La valoración de las necesidades psicosociales y las intervenciones dirigidas a cubrir las necesidades de información, el manejo de la incertidumbre, el control de síntomas y el mantenimiento de un sistema de soporte emocional, son los elementos básicos que conforman una respuesta de afrontamiento eficaz, fundamental para el proceso rehabilitador. Por tanto se ha orientado esta investigación a los procesos de afrontamiento o ajuste a la enfermedad, y al análisis de sus repercusiones sobre la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, adoptando un enfoque biopsicosocial de los procesos de salud-enfermedad, generando como hipótesis central de este estudio que el afrontamiento activo predice el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama toda vez que supone la adaptación a la enfermedad, al tiempo que tiene un efecto positivo sobre las reacciones emocionales frente al tratamiento, lo cual es un índice de ajuste al mismo. Para verificar la hipótesis se ha realizado un estudio longitudinal y de panel con 107 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama primario, uni o bilateral no metastásico, intervenidas

quirúrgicamente y con tratamiento adyuvante, en la Unidad de Mama del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, entre mayo de 2010 y junio de 2011. Las variables estudiadas fueron el estilo de afrontamiento o ajuste mental al cáncer, las reacciones emocionales, la calidad de vida relacionada con la salud y la valoración enfermera. Otras variables se han controlado, como el consumo de analgésicos y psicofármacos o los datos referidos al perfil sociodemográfico de las mujeres. Las variables se midieron antes de la cirugía, a los 3, 6 y 12 meses. La hipótesis se ha confirmado parcialmente, puesto que el espíritu de lucha predice la calidad de vida relacionada con la salud, aunque no se ha confirmado el efecto modulador de la ansiedad y la depresión. Se han constatado cambios longitudinales tanto en el estilo de afrontamiento o ajuste a la enfermedad como en la calidad de vida, la ansiedad y la depresión, demostrando que la estrategia desamparo y la reactividad emocional predicen las respuestas de ansiedad y depresión; la desesperanza y la dimensión de percepción de falta de salud y calidad de vida predicen el consumo de analgésicos al año, y los síntomas generales el consumo de psicofármacos. Todos estos resultados llevan a la conclusión de la importancia de diseñar y realizar intervenciones, especialmente en los periodos identificados como más críticos para alcanzar la mayor calidad de vida de las mujeres. Así mismo se abren nuevos campos de investigación para profundizar en este ámbito.

Palabras clave: ajuste a la enfermedad o afrontamiento, calidad de vida, cáncer de mama, ansiedad, depresión.

Abstract

Taking care of Women with breast cancer: Coping as an indicator for the quality of life

Breast cancer is a very significant health problem, as it is evidenced by incidence, prevalence, mortality and cost figures. Considering cancer as a chronic disease in which the patient is undergoing changes affecting not only on a physical level, but also mental and social level, requires an integral approach to healthcare. The overall impact of cancer, and particularly breast cancer, extends in all spheres of the affected person and her family lives, this impact reducing the quality of life and increasing distress. The basic elements which shape an efficient, essential for the rehabilitating process coping response are the assessment of the psychosocial needs, as well as those interventions to aid information needs, dealing with uncertainty, symptom management and providing emotional support. This research is therefore oriented to the coping or adjustment to illness process, as well as to analyse such illness implications on breast cancer patient's quality of life. Thus for this research a biopsychosocial approach related to the health and illness processes is taken, assuming as main hypothesis that the active coping enables to foresee the quality of life level in relation to breast cancer patients health, since such active coping involves an adjustment to illness while it has a positive impact on the emotional response to treatment, which is a coping index to the same. In order to verify the hypothesis a Longitudinal Study and a Panel Study have been implemented for 107 women with primary, bilateral or unilateral, non-metastatic breast cancer. These women had been undergone surgery and adjuvant therapy in the Breast Cancer Unit at Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Spain, from May 2010 to June 2011. The

variables analysed in this study were coping style, or mental adjustment to cancer by means a form, emotional responses, and quality of life related to health and nursing assessment by Gordon's functional health patterns. Other variables were also considered such as analgesic and psychotropics intake, and data related to the women' socio-demographic profile were taken. All data were collected before the surgery and respectively 3, 6 and 12 months after the surgery. The hypothesis has been partially validated, since the fighting spirit can predict the quality of life relative to health, although the modulation effect on anxiety and depression has not been confirmed. Longitudinal changes within the time of this study are confirmed in both coping style or adjustment to disease and quality of life, anxiety and depression, which show that helplessness strategy and emotional reactivity can predict anxiety and depression responses, hopelessness a poor health and quality of life perceptions can predict the annual intake of pain reliever; and the general symptoms can predict the psychotropics intake. Such results lead to the conclusion that it is important to design and implement actions to be developed in those time periods which are detected as critical in order to achieve a higher best quality of life for these women. New paths of investigation are likewise opened up for going deeper into this field.

Key words: coping or adjustment to illness process, quality of life, anxiety, depression.

Introducción

El cáncer de mama es un problema de salud relevante como indican sus cifras de incidencia, prevalencia, mortalidad y coste. Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2014), este tipo de cáncer en las mujeres es el de mayor incidencia (29%), mortalidad (15,5%) y prevalencia a 5 años (40,8%). Respecto a su carga económica, recientemente se ha establecido en 15 billones de euros para el conjunto de la Unión Europea, sólo por detrás del cáncer del pulmón, incluyendo dicha cantidad los costes de la atención sanitaria y de la pérdida de días laborales, tanto de la persona enferma como de los cuidadores de su entorno más cercano (Luengo-Fernández, Leal, Gray & Sullivan, 2013). Por tanto, el estudio del cáncer de mama está bien justificado.

El análisis científico y sistemático de esta neoplasia durante las dos últimas décadas ha permitido desarrollar tratamientos y métodos de detección precoz que han mejorado su pronóstico de forma notable en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); en nuestro país, desde 1990, anualmente su tasa de mortalidad se reduce y su tasa de supervivencia aumenta (SEOM, 2014). De ahí que muchas voces autorizadas aboguen por considerar el cáncer como una enfermedad crónica en vez de un proceso agudo, entre ellas podemos destacar a Bob Riter (2009), director ejecutivo del “Cancer Resource Center”, de Ithaca, Nueva York, y al Dr. Gabriel N. Hortobagyi (2012), director del Departamento de Oncología Médica del seno de la Universidad de Texas y máximo responsable del Programa de Investigación sobre el Cáncer de Mama del Centro de Oncología de dicha universidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), las enfermedades crónicas son afecciones permanentes y de progresión lenta, con periodos de remisión y recaídas, que tienen consecuencias psicofísicas que afectan a la calidad de vida y que requieren un largo periodo de cuidados y la modificación de los estilos de vida, todo lo cual hace que tengan un gran impacto social.

En efecto, la enfermedad crónica hace que el paciente experimente cambios irreversibles que afectan tanto a nivel físico como psíquico y social (Holman & Loring, 2000) y obligan a la persona a realizar un proceso de adaptación, a cambiar la visión que tiene de sí mismo, a la vez que afecta a sus relaciones con la familia, red de apoyo y entorno sociolaboral (Barquín, 2002, Gil-Roales et al., 2004). Todo ello, según Vinnaccia y Orozco (2005), pone de manifiesto la necesidad de concebir este tipo de enfermedades desde una perspectiva biopsicosocial, como un sistema dinámico de interacciones funcionales entre diferentes factores, en el que la modificación de uno de ellos produce alteraciones en los otros, cobrando especial interés las estrategias que permiten la convivencia diaria con la enfermedad, como la búsqueda de información acerca de la enfermedad y el apoyo socio-familiar (Brannon & Feist, 2002).

Por tanto, en este tipo de enfermedades se requiere un enfoque integral de la atención sanitaria en el que la adaptación al diagnóstico y al proceso de tratamiento sea el eje central, y del que debería formar parte la identificación de problemas socio-emocionales, así como la educación sanitaria, la psicoterapia y la colaboración de las redes sociales habituales del paciente (vid Taylor, 2003).

En el caso del cáncer de mama, se han propuesto distintos modelos prospectivos de vigilancia orientados a la rehabilitación que ponen el acento en el bienestar físico y funcional de los pacientes, aspectos poco considerados en el estándar actual de atención

que está más centrado en el tratamiento médico de la enfermedad y en la vigilancia permanente para detectar recurrencia más que en la promoción de la calidad de vida relacionada con la salud (Stout et al, 2012).

Los datos de supervivencia apoyan este cambio de perspectiva para prevenir o mitigar las secuelas del tratamiento del cáncer de mama, entre las más comunes: dolor, fatiga, disfunción de las extremidades superiores, linfedema, debilidad, artralgia conjunta, neuropatía, aumento de peso, efectos cardiovasculares y osteoporosis. La evidencia apoya la proposición de nuevos modelos de vigilancia para la rehabilitación física y el ejercicio que junto con el tratamiento de la enfermedad supongan un enfoque integral de la atención a la salud, orientado a proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes mediante la rehabilitación de las deficiencias físicas y la promoción de comportamientos más saludables.

La atención integral es también una preocupación contemplada en la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (2010). Tras analizar las principales dificultades de la atención a las personas afectadas se proponen varias medidas para su mejora, entre ellas destacamos: primero, la creación de la figura del gestor de casos como coordinador del plan terapéutico en función de las distintas necesidades que a lo largo de este proceso experimente la persona afectada, y como responsable de la relación con la misma; y segundo, la incorporación de nuevos profesionales a los equipos multidisciplinares oncológicos, de manera que sean atendidas no sólo las secuelas físicas de la enfermedad y de su tratamiento, sino también las demandas y necesidades psicosociales que se presenten en las distintas etapas del abordaje de la enfermedad.

El impacto del cáncer sobre el funcionamiento psicosocial de la persona que lo padece es significativo, como señala Massie (2004), el cáncer es una enfermedad

compleja que afecta a todas las esferas de la vida de la persona. En el documento “Estrategia del Cáncer en España: actualización” se indica que más del 50 % de los pacientes con cáncer presentan morbilidad psicopatológica después del diagnóstico y que este porcentaje aumenta durante el tratamiento, siendo los trastornos ansioso-depresivos los más frecuentes (López Albente et al., 2005).

La enfermedad oncológica, por sus características y tratamiento, es prototípica en la modulación que ejerce sobre los procesos inter-relacionales (Shields, Finley & Chawla, 2012). Si bien la experiencia del cáncer puede variar en función de la localización, el pronóstico del tumor y el tratamiento necesario (Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005) sí que se pueden realizar algunas afirmaciones comunes a todas las personas que enferman de cáncer en referencia al ajuste a la vida familiar, social y laboral.

A nivel familiar, desde el marco de la teoría sistémica, se explica como la enfermedad y la convivencia diaria con la familia esta interconectada (Baider citado por Gretti, 2015) siendo evidente el distrés que la enfermedad origina en todos los miembros de la familia y especialmente en el cuidador familiar (Popek & Hönig, 2015; Tanimukai, Hirai, Adachi, & Kishi, 2014; Zachariah, Uman, Grant & Ferrell, 2015), e incluso, algunos estudios han mostrado que la incidencia de depresión en las esposas de pacientes con cáncer se sitúa en el 25% (Fasse, Flahault, Brédart, Dolbeault & Sultan, 2015) pudiendo ser en ocasiones mayor el malestar psicológico en algunos miembros de la familia que en la propia persona afectada por cáncer (Schmid-Büchia, Ruud, Halfensb, Dassenc, & Van den Borne, 2011). Tanto interés ha suscitado la alteración que la enfermedad provoca en la familia, que numerosos estudios han centrado sus esfuerzos en diseñar intervenciones con los pacientes y sus familias/cuidadores para elevar la calidad de vida de todos ellos (Waldron, Janke, Bechtel, Ramirez & Cohen, 2013).

A nivel laboral, Mehnert (2011) en su revisión bibliográfica concluía que los supervivientes de cáncer tienen riesgo significativo de quedarse sin empleo, ser jubilados prematuramente o tener menos oportunidades de reincorporarse al mercado laboral, concretamente entre el 26% y el 75% de pacientes pierden su trabajo a los 72 meses del diagnóstico y de este porcentaje como mucho trabajan de nuevo el 75%. En una revisión sistemática sobre estudios realizados en Europa y Estados Unidos (Islam et al, 2014), los factores que se relacionan con estas pérdidas laborales son de origen sociodemográfico, como el nivel de estudios, de origen médico, como el tratamiento adyuvante o la fatiga, factores derivados de las características del puesto de trabajo, como la dureza física, y por último factores de la salud emocional, como el estrés o la depresión. En Estados Unidos, la cifra de mujeres desempleadas después del cáncer de mama asciende a un 30 % (Jasqui et al, 2014). En nuestro país no se han localizado estudios que analicen las cifras de desempleo después del cáncer. Pero al margen del porcentaje de personas que se vean afectadas, los problemas económicos y laborales asociados a la enfermedad son lo suficientemente importantes como para tenerlos en consideración a la hora de diseñar la atención a estos pacientes, máximo teniendo en cuenta que parece haber una relación entre los cuidados brindados y la reinserción laboral, de forma que los pacientes que han pasado por una experiencia de cáncer y han recibido intervenciones multidisciplinarias han obtenido beneficios por encima de los pacientes que han recibido una atención estándar, con un nivel de evidencia científica moderada, según las conclusiones de una revisión sistemática de la Cochrane (De Boer, Taskila, Tamminga, Frings-Dresen, Feuerstein & Verbeek, 2011).

Hasta aquí se ha tratado de compendiar aspectos comunes del impacto de la enfermedad oncológica en la vida de las personas. En el caso concreto del cáncer de

mama, los efectos de la enfermedad en el ámbito psicosocial y sobre la calidad de vida de las mujeres que lo padecen queda constatado en múltiples estudios, destacando como más frecuentes, los niveles elevados de ansiedad y estrés, los trastornos del sueño, el aumento en la incidencia de depresión, los trastornos de la imagen corporal, las dificultades de afrontamiento, las alteraciones en las relaciones de pareja y las dificultades en la reincorporación a la vida laboral (KaraKoyun-Celik, Gorken, Sahin, Orcin, Alanyali & Kinay, 2010; Knobf, 2007; Moreno, Almoacid, Queipo & Lluch, 2006).

Los inicios de estas alteraciones se producen incluso antes del diagnóstico de la enfermedad, asociándose una elevación del cortisol en saliva, indicador bioquímico de altos niveles de estrés, ante la incertidumbre del resultado de la biopsia (Lang, Berbaum & Lutgendorf, 2009; Flory & Lang, 2011), elevación que se mantiene cuando el resultado es positivo (Bai et al, 2012). El impacto de la confirmación del diagnóstico es tal que en esta fase la prevalencia del distrés es más elevada que en el resto del proceso (Andreu, Galdón, Durá, Martínez, Pérez & Murgui, 2012). Durante las semanas posteriores a la intervención quirúrgica se han relacionado bajos niveles de ansiedad con una mayor producción de interleucina (mensajero químico modulador de la respuesta inmunológica) verificándose así la necesidad de una buena adaptación para conseguir mejores resultados en supervivencia y bienestar (Blomberg, Álvarez, Díaz & Romero, 2009; Antoni et al, 2009). A lo largo del tratamiento adyuvante son numerosos los estudios que describen alteraciones, destacando la alteración de la imagen corporal y los problemas de ajuste psicosocial (Moreira & Canavaro, 2010), así como incapacidad para encontrar aspectos positivos en la experiencia, elemento que parece ser un importante protector frente al distrés durante el proceso de tratamiento (Silva, Moreira & Canavaro, 2012). Las alteraciones son lo suficientemente importantes como para que se haya intentado

relacionar los efectos psicosociales y la supervivencia en el cáncer de mama, aunque la revisión de Falagas et al. (2007) al respecto no es concluyente, entre otras razones, por la gran heterogeneidad metodológica de los estudios publicados.

La comunidad científica, sensible a estos problemas y con el objetivo de contribuir al bienestar de las pacientes, ha intentado diseñar intervenciones que proporcionen un apoyo efectivo durante todo el proceso de diagnóstico y tratamiento, entre ellas: la ventilación emocional durante el diagnóstico (Moreno et al., 2006), las técnicas conductuales y el ejercicio físico (Duitjs, Faber, Oldenburg, Van Beurden & Aaronson, 2011), la terapia cognitiva después del tratamiento (Fors et al., 2011), el uso de la técnica de mindfulness (Henderson, Clemow, Massion, Hurley, Druker & Hébert, 2010) o la utilización de las llamadas telefónicas de apoyo (Marcus et al, 2010).

Indudablemente, la valoración de las necesidades psicosociales y las intervenciones dirigidas a cubrir las necesidades de información, el manejo de la incertidumbre, el control de síntomas y el mantenimiento de un sistema de soporte emocional, elementos que configuran una respuesta de afrontamiento eficaz, parecen ser fundamentales en el proceso rehabilitador (Knobf, 2011).

Para Bárez (2002), la adaptación a la enfermedad puede considerarse como un resultado, y por tanto para saber en qué medida el sujeto se ha adaptado a la misma se miden la aparición de síntomas psicológicos o de aspectos positivos, o como un proceso, en donde se pone el énfasis en la regulación psicológica de los recursos de las personas para adaptarse a la enfermedad y a las estrategias que se desarrollan a lo largo del tiempo para controlar las emociones y combatir el cáncer.

Según Soriano (2002), a mediados de los 60 y hasta finales de los 70, el interés por el afrontamiento de los eventos estresantes se traduce en la aparición de numerosas publicaciones sobre el tema que tratan de definir y caracterizar este proceso y a partir de entonces, se multiplican los trabajos sobre la enfermedad y los problemas asociados a la misma como un acontecimiento vital estresante y, en consecuencia, los procesos de adaptación y afrontamiento de esta (Jarana, Barrón, León- Rubio & López-Mora, 1991; Medina, León-Rubio & Cantero, 2006)

Sin duda el punto de partida del desarrollo del concepto afrontamiento se produce a partir del trabajo de Lazarus y Folkman (1984). En su teoría sobre el estrés psicológico y los procesos de afrontamiento, describen que los sujetos al enfrentarse a un problema realizan simultáneamente dos tipos de evaluación cognitiva: primaria y secundaria. En la primaria interpretan los hechos como pérdida, amenaza o reto y en la secundaria evalúan las opciones de afrontamiento disponibles. El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas, que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos de que dispone el individuo en un momento dado. Estas estrategias pueden estar centradas en el control de la emoción y tenderán a dominar el malestar emocional, generando actitudes de acercamiento o alejamiento del foco de la demanda, o pueden orientarse a la resolución de problemas, pero en cualquier caso las respuestas no deben entenderse como un rasgo permanente en el individuo, una conducta automática, o el resultado que se obtenga o el dominio del entorno.

Desde Lazarus y Folkman se han desarrollado diferentes modelos explicativos del proceso de afrontamiento de la enfermedad, sirva como ejemplo el modelo de Kübler-

Ross (1993) que describe cinco reacciones prototípicas que pueden sucederse secuencialmente, a modo de fases:

- a) Negación: aparece tras el diagnóstico de la enfermedad y se caracteriza por la negación de la realidad. En esta primera fase dar apoyo, sin censurar por la negación, pero sin reforzarla puede ser la actitud más adecuada. Se debe ofrecer a la persona el tiempo necesario para ir asimilando la noticia y que pueda pasar a la fase siguiente.
- b) Rabia: se asume la realidad y la emoción preponderante es la rabia, manifiesta o no, hacia el sistema sanitario y los profesionales, hacia la familia, la sociedad, etc. La persona busca un responsable de sus dolencias y se revela contra el hecho de ser ella y no otra, la que se encuentra en esta situación.
- c) Negociación: se intenta superar la enfermedad a través de promesas y cambios. Esta negociación se inicia con el propio equipo de salud y se traslada al ámbito espiritual y/o trascendental de la persona según sus creencias.
- d) Interiorización: a lo largo de esta fase se realiza una reevaluación de la vida, buscando aquellas cosas que le gustaría terminar y que no culminó por diversas razones. Ayudarle a identificar los elementos fundamentales que constituyen su identidad personal puede que sea el mejor acompañamiento durante esta etapa que permite dar paso a la aceptación de la realidad.
- e) Aceptación: en esta fase se emprende una actitud activa, dirigida a la comprensión de la propia vida.

Por su parte, Morse y Johnson (1991) plantean un modelo de cuatro fases de evolución en la enfermedad:

- 1) Incertidumbre, en la que el paciente intenta entender el significado y la severidad de los primeros síntomas.
- 2) Ruptura, caracterizada por altos niveles de estrés y dependencia de los servicios sanitarios y la red de soporte (familia, amigos y allegados).
- 3) Lucha por la recuperación, caracterizada por el intento de obtención del control de la enfermedad y la búsqueda de estrategias de afrontamiento.
- 4) Bienestar, fase en la que se busca un nuevo equilibrio adaptándose a la enfermedad y sus consecuencias.

En el ámbito enfermero, el afrontamiento de la enfermedad y la calidad de vida constituyen elementos de preocupación constante, algo lógico si tenemos en cuenta que el principal objeto de trabajo de las enfermeras son las respuestas de las personas frente a la enfermedad, los cambios o las crisis de la vida. (Gordon, 2013). En este sentido, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) clasifica todas aquellas respuestas que las enfermeras identifican y tienen capacidad de abordar. Entre estas, el afrontamiento, considerado como un diagnóstico de enfermería desde 1978. En su última clasificación (NANDA 2012-2014), se han identificado diversos estilos de afrontamiento individuales, a saber:

- Afrontamiento defensivo, definido como la proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector de la persona frente a las amenazas a su propia imagen.
- Disposición para mejorar el afrontamiento, definida como el patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas.
- Afrontamiento ineficaz, identificado con la incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de

respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Al margen del modelo teórico en el que nos situemos, cuando la persona afronta cualquier tipo de problema comienza realizando una valoración tanto de las posibles repercusiones del evento como de las posibles formas de actuación ante el problema. A este respecto destacan dos valoraciones fundamentales: el desafío que supone considerar la enfermedad como un reto, o la amenaza, entendida como la consideración de una situación que supera claramente los recursos del individuo. Ambas valoraciones coexisten en las diferentes situaciones, aunque la relación entre ellas es inversa, de manera que cuando un tipo de valoración aumenta la otra tiende a disminuir. A partir de este proceso se emite una primera respuesta emocional y comienzan a ponerse en juego los recursos que posee la persona, con los cuales intenta resolver el problema y reducir el malestar que le produce el mismo. Cuando no se dispone de los recursos necesarios o éstos no son suficientes, se ponen en marcha las estrategias de afrontamiento dirigidas al cambio, tanto de la situación como de los efectos que ésta tiene en la persona (Soriano, 2002). También se han identificado algunas variables que moderan la respuesta de afrontamiento como la edad, la severidad del estresor, y la proximidad temporal entre la actividad realizada para resolver el evento y el resultado obtenido (Carver & Connor, 2010).

Según Soriano (2002), en la medida en que las estrategias empleadas tengan el mínimo efecto, significará que algo ha cambiado entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos, lo que provoca una nueva respuesta emocional, completándose así un bucle que finaliza con el agotamiento de la persona o con la superación de la situación.

La extensión del afrontamiento al caso concreto del cáncer ha sido objeto de numerosos estudios. Ya en el año 1983 Solidoro, citado por Alarcón (2006), describe la reacción de cada persona ante el diagnóstico de cáncer como única, ya que se produce una grave crisis personal, siendo las reacciones iniciales más comunes la incredulidad y el shock, seguidas de desesperación, desesperanza, abandono, sentimientos de sospecha y desconfianza frente a médicos, enfermeras, tratamientos, percepción inmediata de la posibilidad de perder la vida, etc., lo que contribuye a descubrir la condición de vulnerabilidad y amenaza por las posibles pérdidas y cambios impuestos por la enfermedad (Mesenguer, 2003; Bayés, 2003). Dentro de estas pérdidas, Mesenguer (2003) identifica algunas como la pérdida de la identidad, del control, de las relaciones sociales, de las experiencias sexuales futuras, de la imagen de sí mismo, del estilo de vida, de proyectos futuros, etc.

Ahora bien, a pesar de la idiosincrasia personal que supone una valoración propia y específica, es necesario un modelo que describa, analice y mida las respuestas de las personas ante el cáncer para garantizar la evaluación sistemática de las mismas en la clínica y la investigación, necesarias para conocer en mayor profundidad tanto las respuestas como las intervenciones que ayudan a afrontar el cáncer con la mayor calidad de vida.

En esta dirección, cabe destacar las aportaciones de varios autores pioneros en el estudio del afrontamiento del cáncer que han sentado las bases de la investigación actual sobre el tema, es el caso de Watson et al. (Watson et al., 1988; Watson & Greer, 1989) y Moorey y Greer (1989). Estos últimos, definieron un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer que denominaron “esquema de supervivencia o triada de evaluación cognitiva” y conceptualizaron el afrontamiento de manera polisémica como

la respuesta emocional consecuente a la enfermedad, la capacidad de adaptarse a la misma y la forma o estilo de encarar su diagnóstico y posibles consecuencias. En este modelo la visión del diagnóstico, la percepción del control y la visión del pronóstico determinan cinco estilos o tipos de afrontamiento, esquematizados en el cuadro 1, adaptado de Bárez (2002).

<p>ESPIRITU DE LUCHA Diagnóstico identificado como reto Percepción de control Visión del pronóstico optimista Estrategias de afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda moderada de información • Papel activo en la recuperación • Intentos de normalizar la vida habitual <p>Tono emocional: positivo, ligera ansiedad</p>	<p>EVITACIÓN O NEGACIÓN Diagnóstico identificado como no amenaza No se plantea la cuestión de la percepción de control Visión del pronóstico optimista Estrategia de afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimización <p>Tono emocional: sereno</p>
<p>FATALISMO O ACEPTACIÓN ESTOICA Diagnostico identificado como ligera amenaza Ausencia de percepción de control El pronóstico se aceptará con dignidad sea el que sea Estrategias de afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de estrategias dirigidas al problema • Aceptación pasiva <p>Tono emocional: sereno</p>	
<p>DESAMPARO/DESESPERANZA (INDEFENSIÓN) Diagnóstico identificado como gran amenaza o pérdida afectiva Ausencia total de percepción de control Visión del pronóstico pesimista Estrategias de afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de estrategias dirigidas al problema • Rendición • Expresión emocional <p>Tono emocional: deprimido</p>	
<p>PREOCUPACIÓN ANSIOSA Diagnóstico identificado como gran amenaza Incertidumbre sobre si puede ejercerse control en el proceso Incertidumbre respecto al futuro Estrategias de afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de seguridad (búsqueda compulsiva de información y utilización de sistemas alternativos) • Rumiación • Excesiva atención a los síntomas físicos para identificar recaídas <p>Tono emocional: Ansiedad</p>	

Cuadro 1. Tipos de ajuste a la enfermedad según Moorey y Greer. Adaptado de Bárez, 2002

Emplearon intencionalmente el término afrontamiento para referirse a las respuestas cognitivas y conductuales que los pacientes emplean para reducir la amenaza que representa la enfermedad, distinguiendo dos grandes tipos o estilos de respuesta: las pasivas, que obtendrían un peor ajuste y en las que incluían el fatalismo, la preocupación

ansiosa y la desesperanza, y las activas, que darían lugar a un mejor ajuste a la enfermedad, dependiendo del momento o curso de esta, entre en las que contemplaban el espíritu de lucha y la evitación/negación. Aunque esta última es un caso especial y controvertido, puesto que, según señala Bárez (2002), algunos estudios consideran que es positiva en la medida en que las personas tienen un tono sereno en su respuesta emocional, y según el propio Greer (1991), citado por Bárez (2002), a largo plazo contribuye a una mejor evolución, mientras que otros autores defienden que la evitación o la negación, en cuanto que son incompatibles con la aceptación, dificultan la puesta en marcha de actitudes activas de afrontamiento.

Para la evaluación de estos estilos de respuesta Watson (1988) ideó un instrumento ampliamente utilizado en el estudio del afrontamiento del cáncer, lo que ha permitido comparar los resultados de distintas investigaciones (ver, por ejemplo, Classen, Koopman, Chery, Karyn & Spiegel, 1996; Morris, Pettingale & Haybittle 2007; Petticrew, Bell & Hunter, 2002; Watson, Haviland, Greer, Davidson, & Bliss, 1999), la Escala de Ajuste Mental/Psicológico al Cáncer (Mental Adjustment to Cancer Scale – MAC-), compuesta por 41 ítem que miden las cinco dimensiones o estilos de respuesta mencionados.

Por lo general, en la atención al cáncer, este instrumento ha sido utilizado para llevar a cabo la valoración psicosocial de los y las pacientes e identificar aquellos más vulnerables, con el fin de proporcionarles los cuidados que garantizaran un mejor nivel de calidad de vida relacionada con la salud (Härtl et al., 2010), de hecho numerosos estudios han encontrado que las estrategias de afrontamiento son buenas predictoras de esta variable (vid, por ejemplo, Gumus, Cam & Malak, 2011; Nelson, Yeung & Qian Lu, 2014; Ocampo et al, 2011), cada vez más fundamental para la evaluación de la eficacia

de los tratamientos médicos como han puesto de relieve León-Rubio et al. (2004; vid también Vas et al., 2004, 2006).

El concepto de “calidad de vida relacionada con la salud” (a partir de este momento, CVRS) aparece en las sociedades occidentales en un momento en el que: 1) la crisis del modelo biomédico ha ido dando paso a una concepción más integral de la salud y la enfermedad como resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales; 2) la esperanza de vida ha aumentado de forma importante y se han producido cambios importantes en las tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades a favor de las de tipo crónico, lo que ha obligado a 3) una reorientación de los servicios sanitarios desde el tratamiento hacia la prevención y la rehabilitación.

Estos acontecimientos han generado un panorama en el que predomina la convicción de que el papel del sistema sanitario no es sólo proporcionar mayor número de años a la vida, sino, sobre todo, aportar una mejora en la calidad de los años vividos. Lo cual, dependerá en gran medida de la percepción que tienen las personas de que sus necesidades en distintos aspectos de la vida están siendo satisfechas, entre estos aspectos o áreas la OMS (1996) ha identificado seis de carácter transcultural: un área física (p.e., la energía, la fatiga), un área psicológica (p.e., sentimientos positivos), el nivel de independencia (p.e., movilidad), las relaciones sociales (p.e., apoyo social práctico), el entorno (p.e., la accesibilidad a la asistencia sanitaria) y las creencias personales / espirituales (p.e., significado de la vida). Como podemos comprobar en las diferentes áreas, los ámbitos de la salud y la calidad de vida son complementarios y se superponen. Así, indicadores objetivos como la accesibilidad a la asistencia sanitaria o el apoyo social práctico, pueden hacer que la persona se sienta más protegida. En sentido contrario, la

presencia de síntomas físicos molestos o incapacitantes y/o la presencia de sentimientos negativos pueden estar actuando en detrimento del bienestar de la persona.

Por tanto, en esencia, el concepto de CVRS incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Testa, 1996).

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa analizar el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente acerca de su bienestar. Para Schwartzmann (2003) las dos definiciones más relevantes sobre la calidad de vida son las de Patrick y Erickson (1993) que la conciben como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de la disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Y la de Naughton, Shumaker, Anderson y Czajkowski (1996) que la delimitan como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades de la vida importantes para el individuo.

La calidad de vida es por tanto un concepto complejo que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, estado emocional, vida familiar y social, así como el sentido que le atribuye a su vida.

Desde el punto de vista subjetivo, la CVRS es la valoración que realiza una persona, conforme a sus propios criterios, de su estado físico, emocional y social en un momento dado, lo que implica considerar la calidad de vida con una doble dimensión: la

respuesta cognoscitiva y la reacción emocional, que finalmente provocarán en la persona un grado de satisfacción determinado ante una situación concreta y de acuerdo al logro de las expectativas previas (Schwartzmann, 2003).

En 1995, la División de la Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, inició un ensayo de campo para poner a prueba un instrumento de calidad de vida, denominado WHOQOL-100 (OMS, 1995) y que a diferencia de otros respondía a las exigencias teóricas de un marco de referencia conceptual, a los requerimientos metodológicos de técnicas cualitativas como el grupo focal y a la imposición práctica de tener un carácter multicultural.

Se desprende de la definición de salud de la OMS (como el estado más completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad ...) que su medición y la de los efectos de la atención de la salud no debe incluir sólo una indicación de los cambios en la frecuencia y gravedad de las enfermedades, sino también una estimación de bienestar y esto puede ser evaluado mediante la medición de la mejora en la CVRS, entendiéndola como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (OMS, 2002). Además, establece una serie de condiciones para las medidas de la CVRS, a saber:

- Subjetividad: deben registrar la percepción de la persona evaluada.
- Multidimensionalidad: corresponden a diversos aspectos de la vida del individuo.
- Emotividad: atañen a sentimientos positivos y negativos.
- Cambio: interesan a la variabilidad en el tiempo o a las distintas etapas del curso de la enfermedad.

Desde el punto de vista asistencial, la medición de la calidad de vida a lo largo del curso de la enfermedad proporciona un conocimiento más preciso del proceso de adaptación a la enfermedad y permite reconocer los mecanismos que inciden de manera negativa en la calidad de vida de la mujer, facilitando así el desarrollo de intervenciones psicosociales que promuevan el mayor bienestar posible.

Para Bayés (1994), evaluar la calidad de vida del paciente crónico permite:

- Conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo.
- Comprender mejor a la persona, su evolución y su adaptación a la enfermedad.
- Evaluar los efectos secundarios de los tratamientos y terapias paliativas.
- Eliminar los resultados nulos obtenidos en algunos ensayos clínicos.
- Ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad.
- Ayudar en la toma de decisiones médicas y facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Hasta hace poco los instrumentos disponibles para la valoración de la calidad de vida en el caso específico del cáncer, que fueran fiables y gozaran de una validación aceptables eran prácticamente inexistente (Godoy, 1998). Esto explicaría que, desde su fundación, en 1972, la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) se interesase por el análisis y estudio de la calidad de vida, adoptando un modelo modular basado en aspectos de salud física, psicológica y social relevantes a un gran número de pacientes de cáncer sin atender a su diagnóstico específico, complementándose además por módulos específicos de diagnóstico o de tratamiento (De Haes, Van Knippenberg, & Neijt, 1990).

La adopción de esta estrategia de valoración modular pretende conciliar dos requisitos esenciales a la hora de medir la calidad de vida: por un lado, un grado de generalización que permita comparaciones entre estudios y por otro, un nivel de especificidad adecuado al formular las preguntas de investigación, dotándolas de especial relevancia en estudios clínicos concretos (Wagner, Armstrong & Langhlin, 1995).

Este instrumento está traducido a 24 idiomas, entre ellos el español, destacando en nuestro ámbito los trabajos de los grupos encabezados por Arrarás (Arrarás, Illarramendi & Valerdi, 1995; Arrarás, 2002, Arraras et al, 2011) y Godoy (Godoy, Rojas, García-Puche & Cabrera, 1999). El proceso de validación del cuestionario para su uso en España se realizó en el servicio de Oncología del Hospital de Navarra por Arrarás et al. (2007) obteniéndose niveles adecuados de fiabilidad y validez.

El cuestionario EORTC para el cáncer de mama cubre las siguientes dimensiones básicas de calidad de vida:

- Deterioro del status funcional,
- síntomas físicos y toxicidad,
- distrés psicológico,
- problemas socio-familiares,
- ausencia de depresión,
- problemas sexuales,
- satisfacción con los cuidados médicos,
- percepción subjetiva del estado de salud,
- y apreciación personal del estado de calidad de vida.

El EORTC muestra todas las características psicométricas exigibles a cualquier instrumento de medida de la calidad de vida, ha sido elaborado de manera específica para el cáncer y es el más utilizado en las investigaciones relacionadas con la calidad de vida

en el cáncer de mama, facilitando así la comparación de resultados, motivos todos ellos, que justifican de manera suficiente el que se haya adoptado para la realización de este estudio.

En resumen, y centrando el planteamiento del problema, una mujer diagnosticada de cáncer de mama se enfrenta a una enfermedad que evoca a la muerte (pese a su elevado nivel de supervivencia), que supone un tratamiento prolongado y un complejo proceso de reestructuración vital, donde se pone en juego su propia identidad personal y su imagen (Olivares, 2004). A lo que hay que añadir otras circunstancias que dificultan el proceso, como la posibilidad de sufrir dolor físico, la necesidad de enfrentarse con sentimientos negativos de cólera y rabia, el tener que modificar roles socio-profesionales, la posible separación de la familia, las hospitalizaciones, las pruebas diagnósticas, los tratamientos, la necesidad de comprender un nuevo lenguaje, el tener que tomar decisiones en momentos de estrés, la necesidad de depender de otros, la posibilidad de tener que modificar su concepto del tiempo, perder intimidad física y psicológica, un gran número de aspectos de la vida amenazados, lo que supone mayores dificultades para interpretar el evento (Rodríguez, 2006) y dar respuesta a todos los requerimientos teniendo en cuenta que el estilo de respuesta elegido incidirá en el bienestar físico y psicológico (Broche & Medina, 2011).

Algunas investigaciones señalan que las pacientes más vulnerables a estas situaciones son pesimistas, proceden de una familia problemática, o tienen problemas con su pareja, están divorciadas o viudas o no tienen apoyo social, de forma que la mortalidad es mayor en las mujeres socialmente más aisladas (Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes & Kawachi, 2006). Las pacientes más jóvenes también experimentan

sentimientos más negativos, que además se asocian a niveles elevados de dolor o fatiga y menores niveles de funcionamiento físico y cognitivo (Stark, 2002).

Un factor que también debe tomarse en cuenta es la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico. De forma que las personas diagnosticadas en fases más avanzadas de la enfermedad presentarán mayor malestar psicológico en el futuro que las que han sido diagnosticadas en fases menos avanzadas (Voogte, 2005).

También parece haber relación entre las reacciones psicológicas ante la enfermedad y la calidad de vida de pacientes de cáncer, e incluso ser desencadenantes de diversos trastornos psiquiátricos como la ansiedad o la depresión, lo que a su vez dificulta la adaptación y el afrontamiento de la enfermedad (Camacho, 2003). Zabora et al. (2001) con una muestra de 4496 pacientes, confirmaron que el 18% presentaba depresión, el 24,1% ansiedad, el 14.8% psicoticismo y el 29.9% distintos tipos de somatizaciones. En igual sentido Keller et al. (2004), con una muestra de 184 pacientes, encontraron que el 28% presentaba alguna enfermedad psiquiátrica y el 22% algún tipo de trastorno adaptativo. La presencia de estilos de afrontamiento pasivos guardaba relación directa con la posibilidad de desarrollar desórdenes psicológicos, y a la inversa, las personas que utilizan estrategias más activas de afrontamiento suelen presentar menos desórdenes psiquiátricos y realizan más cambios de comportamiento orientados a la promoción de su salud (Parelkar, Thompson, Miner & Stein, 2013).

Estos resultados son extensibles al caso del cáncer de mama (Massie, 2004). En cuyo análisis, Carver et al. (1993) encontraron una relación positiva entre el malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento de negación y evitación, y de signo inverso entre el malestar psicológico y estrategias como la aceptación y el uso del humor. En parte, Ferrero, Berlanga, Toledo y Barreto (1995) obtuvieron resultados similares a los

que se acaban de presentar, aunque en este caso se identificaron estrategias de afrontamiento que denominaron desadaptativas (como el “desamparo/desesperanza”, “fatalismo” y “preocupación ansiosa”) y que no predijeron alteraciones psicológicas.

En términos generales, otros estudios han corroborado estos resultados (Arraras, Wright, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992; Holland et al., 1998; Osowiecki & Compas, 1998) que apuntan que las estrategias de afrontamiento más activas, en comparación con las pasivas, parecen facilitar la adaptación a la enfermedad a excepción de la negación que se asocia con una mayor ansiedad y depresión (Bigatti, Steiner & Miller, 2012; Wang et al., 2013; Arraras et al., 2002). Incluso, parece haber relación entre la aparición de fatiga en mujeres con cáncer de mama después de la quimioterapia y la estrategia de afrontamiento utilizada, de forma que se relaciona la fatiga con estrategias poco activas de afrontamiento (Jiang, Wang, Jiang & Yu, 2011).

Muchos de estos estudios que establecen una relación entre el afrontamiento y los trastornos de carácter psicológico, lo hacen de manera transversal en algún momento del proceso de diagnóstico, tratamiento o supervivencia, aunque el proceso de tratamiento es muy largo y por tanto sería necesario realizar estudios longitudinales. Por otra parte, sería lógico pensar que si hay una relación entre el afrontamiento y los síntomas psicopatológicos, entonces también éste se relacione con la calidad de vida de la paciente. Aspecto éste aún no examinado de manera suficiente (Ha et al., 2010; Hulbert-Williams et al., 2012). Otros estudios prestan mucha atención al estilo de afrontamiento utilizado por las mujeres con cáncer de mama (Agnostopoulos et al, 2006; Johansson et al, 2011; Schou et al, 2003; Whitford & Olver, 2012). Ocampo et al. (2011) informan de una asociación entre el afrontamiento (según la escala de Moos) y la calidad de vida médica

medida con la escala InCaViSa. Mientras que Nelson, Yeung y Qian Lu (2014) analizan esta relación en mujeres supervivientes de cáncer de mama mediante la escala MAC y la escala QOL de calidad de vida para supervivientes de cáncer señalando que pocos estudios analizan la relación entre el estilo de afrontamiento y los resultados en salud.

Por todo lo expuesto, se ha orientado esta investigación a los procesos de afrontamiento y al análisis de sus repercusiones sobre la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, adoptando al respecto un enfoque biopsicosocial de los procesos de salud-enfermedad por considerar, junto con León-Rubio (León-Rubio, Medina-Anzano, Barriga, Herrera, & Ballesteros, 2004; León-Rubio, 2000), que éste es el que mejor responde a una concepción integral de la salud, punto de arranque de esta investigación, junto con la siguiente hipótesis de partida que sirve de guía y orientación a la misma: el afrontamiento activo predice el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama toda vez que supone la adaptación a la enfermedad, al tiempo que tiene un efecto positivo sobre las reacciones emocionales frente al tratamiento, lo cual es un índice de ajuste al mismo. La confirmación de esta hipótesis permitiría formular un Protocolo de Atención a la paciente con cáncer de mama para ayudarle a afrontar la enfermedad y su tratamiento.

Para alcanzar dicho objetivo, se ha realizado un estudio longitudinal y de panel (Montero y León, 2007), con 107 mujeres atendidas en la Unidad de Mama del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, entre septiembre de 2013 y enero de 2014, tamaño muestral que como se verá más adelante cumple los requisitos de representatividad exigibles al caso. Todas ellas participaron de forma voluntaria en el estudio cuya exigencia fue cumplimentar una batería de pruebas, en distintos momentos del tratamiento, que medían: afrontamiento, reacciones emocionales y calidad de vida

relacionada con la salud. Al mismo tiempo tuvieron que facilitar o permitir el acceso a datos de carácter sociodemográfico y clínico. Por último, los datos obtenidos fueron analizados mediante procedimientos estadísticos de interdependencia y multinivel ajustados a la hipótesis formulada y que se plantea seguidamente de manera formal.

Hipótesis y objetivos

La hipótesis nuclear de esta investigación establece que el afrontamiento activo o adaptación a la enfermedad tiene un efecto de ajuste al tratamiento y predice el nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de mama. En términos operativos, dicha hipótesis puede ser formulada del siguiente modo: Cuanto mayor sea el espíritu de lucha de las pacientes con cáncer de mama según las puntuaciones de dicha dimensión en la *Escala de Ajuste Mental a la Enfermedad (MAC)*, puntuaciones más bajas en las dimensiones de la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)* en los distintos segmentos del tratamiento y, en consecuencia, mayor puntuación estandarizada en las escalas de salud general y estado funcional del *Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer (EORTC QLQ-C30)* y del módulo específico para el cáncer de mama (*QLQ-BR23*) y, asimismo, menor puntuación estandarizada en las escalas de síntomas un año después del tratamiento.

El proceso de evaluación de dicha hipótesis tiene por objetivo general y último formular una Guía de Atención a la paciente con cáncer de mama para ayudarle a afrontar la enfermedad y su tratamiento. Para todo lo cual, de forma complementaria, hay que cumplimentar los siguientes objetivos:

1. Identificar las estrategias de afrontamiento o ajuste a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama hospitalizadas para su tratamiento (cirugía y quimioterapia) en el Hospital Universitario Virgen del Rocio de Sevilla.

2. Analizar los cambios en las estrategias de afrontamiento o ajuste a la enfermedad en distintas fases del tratamiento de dichas pacientes; en concreto, cuarenta y ocho horas después de haber sido sometidas a cirugía, tres, seis y doce meses después.
3. Describir sus reacciones emocionales (ansiedad y depresión) durante las distintas fases o etapas del tratamiento antes mencionadas.
4. Estudiar las relaciones entre el afrontamiento o ajuste a la enfermedad y las reacciones emocionales en los distintos momentos del tratamiento.
5. Observar la evolución de la calidad de vida relacionada con la salud de estas pacientes a lo largo de su proceso de atención y tratamiento.
6. Indagar las relaciones existentes entre las reacciones emocionales (ansiedad y depresión) y la calidad de vida relacionada con la salud en distintos segmentos del tratamiento.
7. Averiguar las relaciones existentes entre el ajuste a la enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud en distintos momentos del proceso de atención y tratamiento de estas pacientes.
8. Conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres en proceso de tratamiento de cáncer de mama en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.
9. Comprobar si existen diferencias en el afrontamiento de la enfermedad, las reacciones emocionales al tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud en función de distintos perfiles sociodemográficos.
10. Identificar las relaciones entre la valoración enfermera y la calidad de vida, las reacciones emocionales y el estilo de afrontamiento.

Material y Método

Diseño del estudio

Según la clasificación de los estudios de psicología que hacen Montero y León (2007), se ha utilizado un diseño descriptivo, de carácter longitudinal (según distintos segmentos del tratamiento) y de panel; es decir, se evaluó en cada uno de estos segmentos a la misma muestra de mujeres intervenidas de mama entre mayo de 2010 y junio de 2011.

Ámbito, población y muestra del estudio

El estudio se ha llevado a cabo en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío. En el año 2009, fueron dadas de alta 450 mujeres intervenidas por cáncer de mama, con una estancia media de 5,7 días el postoperatorio y una estancia media de preoperatorio de 0.30 días (Hospital Universitario Virgen del Rocío. Memoria 2009).

La población del estudio estuvo constituida por mujeres diagnosticadas de cáncer de mama primario, uni o bilateral no metastásico, intervenidas quirúrgicamente, al margen del tipo de intervención, y que recibieron tratamiento adyuvante, en la Unidad de Mama del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, entre mayo de 2010 de y junio de 2011, que aceptaron participar de forma voluntaria y residían en la provincia de Sevilla.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Diagnóstico previo de cáncer distinto al de mama, dado que la experiencia previa del cáncer podría condicionar las respuestas emocionales que se pretende analizar.
- Presentar deterioro cognitivo o enfermedad mental grave.
- Estar en situación de estadio terminal o diagnóstico de proceso metastásico, pues las necesidades de las pacientes en esta situación son diferentes a las de aquellas que se encuentran en un proceso de enfermedad crónica.

El periodo de reclutamiento de la muestra requerida (n=188) fue de un año. Dicho tamaño muestral se fijó atendiendo a los criterios que se exponen a continuación y empleando para ello el módulo de datos sobre error de muestreo y tamaño muestral del programa informático DYANE versión 4 (Santesmases, 2009):

- Población finita anual de 450 pacientes.
- Proporción de pacientes con trastornos psiquiátricos o un mal ajuste mental a la enfermedad igual al 28%.
- Intervalo de confianza del 95,5%.
- Error de muestreo igual o inferior al 5%.
- Porcentaje estimado de pérdidas del 10%.

Finalmente se reclutaron un total de 107 mujeres, fijándose un error del 7.4%.

Variables e instrumentos de media

Estilo de afrontamiento.

Para su medición se empleó la *Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC)* de Watson y col. (1998), que como ya hemos indicado antes está compuesta por 40 ítems; cada uno con 4 opciones de respuesta, que miden 5 dimensiones:

- Espíritu de Lucha (constituida por 16 ítems).
- Desesperanza/Desamparo (conformada por 6 ítems).
- Preocupación Ansiosa (compuesta por 9 ítems).
- Fatalismo/Aceptación Estoica (formada por 8 ítems).
- Negación que sólo cuenta con 1 ítem.

Cada una de estas dimensiones comprende un esquema cognitivo concerniente al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control que se tiene sobre este, y a la visión de su pronóstico.

En cuanto a la calificación del MAC, cada ítem se puntúa en una escala Likert de 4 puntos que va desde la opción “Definitivamente esto no se aplica a mí” con el puntaje mínimo, hasta “Definitivamente esto se aplica a mí” con el puntaje máximo. Los ítems que conforman cada subescala/dimensión y sus respectivos puntajes mínimos y máximos se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 1.
Escala de Ajuste mental al Cáncer: ítems y puntaje. Elaboración propia

COMPOSICIÓN DE LA ESCALA DE AJUSTE MENTAL AL CÁNCER				
Dimensión	Ítem	Ptje Mín.	Ptje Máx	.
Espíritu de lucha	4, 5, 6, 11, 13, 16, 18, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 39, 40	16	64	
Desamparo/desesperanza	2, 9, 17, 23, 25, 36	6	24	
Preocupación ansiosa	1, 3, 10, 14, 19, 21, 22, 29, 37	9	36	
Fatalismo/aceptación estoica	7, 8, 12, 15, 24, 30, 33, 35	8	32	
Negación	38	1	4	

Reacciones emocionales

Se midieron mediante la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)* que como indica su nombre, mide trastornos emocionales de ansiedad y depresión. Dicha escala fue validada en el año 2000 para su utilización con pacientes oncológicos por López Roig et al. (2000).

Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonía (pérdida de placer).

La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0-3), con diferentes formulaciones de respuesta. Respecto a su interpretación cabe señalar que el paciente tiene que seleccionar para cada ítem la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global.

Se utilizaron los siguientes puntos de corte, propuestos por Morató (2006):

- 0-8 normal.
- 9-17 trastorno adaptativo-reactivo.
- 18-21 patología.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Se ha medido con el *Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer (EORTC QLQ-C30)* y el módulo específico para el Cáncer de Mama (*EORTC QLQ-BR23*). Los 30 ítems del cuestionario se agrupan en cinco escalas funcionales, tres escalas de síntomas, una escala global de calidad de vida e ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento.

Las respuestas a los ítems se refieren a la semana anterior, excepto en la escala de funcionamiento físico del paciente cuyo marco temporal es el presente. Todos los ítems presentan un formato de respuesta de escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta ordinal (1 –En absoluto-, 2 –Un poco-, 3 –Bastante- y 4 –Mucho-), salvo en los ítems 29 y 30, que corresponden a la escala global de calidad de vida y que tienen siete opciones de respuesta (siendo 1 –Pésima- y 7 –Excelente-). Las puntuaciones directas que se obtienen para cada escala se transforman en una puntuación estándar que va de 0 a 100. Para ello, en las escalas multi-ítem, se obtiene primero el valor promedio y después se aplica la siguiente fórmula, donde “n” es el número de opciones de la escala de respuesta correspondiente:

$$Z = 100 - [(\bar{x} - 1) * \frac{100}{n} - 1]$$

Por su parte, en las escalas compuestas por un solo ítem, se utiliza la siguiente fórmula:

$$Z = x * \frac{100}{n} - 1$$

En la siguiente tabla se resume su composición:

Tabla 2.

Composición del cuestionario QLQ C-30. Elaboración propia

COMPOSICIÓN DEL QLQ-C30		
Área	Subescala	Ítems
Salud global	CVRS (QL)	29 y 30
	Función física	1 a 5
Área funcional	Actividades cotidianas	6 y 7
	Rol emocional	21 a 24
	Función cognitiva	20 y 25
	Función social	26 y 27
	Fatiga	10, 12 y 18
	Dolor	9 y 19
	Naúseas y Vómitos	14 y 15
Área de síntomas	Disnea	8
	Insomnio	11
	Anorexia	13
	Estreñimiento	16
	Diarrea	17
	Impacto económico	28

El módulo específico para el cáncer *EORTC QLQ-BR23*, consta de 23 ítems que también se agrupan en escalas funcionales (imagen corporal, funcionamiento sexual, disfrute sexual y preocupación por el futuro) y de síntomas (efectos del tratamiento sistémico, síntomas en la mama, síntomas en el brazo y preocupación por la caída del pelo). El marco temporal de respuesta es la semana anterior a la encuesta, salvo para las subescalas relacionadas con el sexo que hacen referencia a las cuatro últimas semanas. Todos los ítems son valorados de acuerdo con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1: En absoluto, 2: Un poco, 3: Bastante y 4: Muchísimo). La estandarización de las puntuaciones lineales o directas se realiza de igual modo que en el caso anterior.

En la siguiente tabla se presenta la composición de cada una de sus escalas.

Tabla 3.

Composición del cuestionario QLQ BR-23. Elaboración propia

COMPOSICIÓN DEL QLQ BR-23		
Área	Subescalas	Ítems
	Imagen corporal	9 a 12
Área funcional	Funcionamiento sexual	14 y 15
	Disfrute sexual	16
	Preocupación por el futuro	13
	Efectos de tratamiento sistémico	1 a 4 y de 6 a 8
Área de síntomas	Síntomas en la mama	20 a 23
	Síntomas en el brazo	17 a 19
	Preocupación por la caída del pelo	5

Perfil sociodemográfico.

Se han registrado los datos relativos a la edad, estado civil, número de hijos y nivel de estudios.

Patrones Funcionales de Salud

La valoración clínica de la enfermera se realizó mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon (Gordon, 2013), quien define 11 patrones que analizan y agrupan datos relacionados con la salud de las personas y que son universales:

1. Percepción-Control de la Salud.
2. Nutrición-Metabólico.
3. Eliminación.
4. Actividad-Ejercicio.
5. Sueño-Descanso.
6. Cognitivo-Perceptivo.
7. Auto percepción.

8. Rol-Relaciones.
9. Sexualidad-Reproducción.
10. Tolerancia al Estrés.
11. Creencias-Valores.

En la actualidad los patrones funcionales de salud es la forma más común de agrupar los datos de valoración enfermera y se encuentran incluidos en la Historia Digital de los y las andaluces, tanto en el programa Diraya que se utiliza en Atención Primaria de Salud, como en el módulo informático de cuidados que en la actualidad se está implantando en la Atención Especializada. En el Anexo 1 se amplía información sobre los patrones funcionales de salud.

Procedimiento de recogida de datos

Para cada una de las mujeres que se incluyeron en el estudio se confeccionó un cuaderno de recogida de datos (Anexo 2), que incluye todas las hojas de registro necesarias para recoger los datos de las variables descritas y con posterioridad volcarlos en una base de datos unificada que se elaboró a tal efecto en Microsoft Access.

A cada mujer se le asignó un número que identifica su cuaderno. Para garantizar la confidencialidad de los datos, sólo el investigador conocía el número correspondiente de cada cuaderno con los datos de identificación de cada mujer. Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado se encuentran en el cuaderno de recogida de datos de cada mujer que han sido debidamente custodiados en archivos desagregados.

Antes de comenzar con la captación de mujeres y para homogenizar la atención clínica y la recogida de datos del propio proyecto, se organizaron varias actividades, incluyendo un curso taller en el que se analizaron los cuestionarios utilizados en este

proyecto, se desarrollaron habilidades sociales y técnicas de comunicación asertiva y se homogeneizaron los conocimientos sobre los cuidados de las mujeres con cáncer de mama, diversas reuniones para unificar criterios de captación, procedimientos de recogida de datos, modalidad de administración de cuestionarios (hetero o auto administrados), y por último se entregó literatura y documentación específica incluyendo la segunda edición del Proceso Asistencial Integrado cáncer de mama 2ª edición.

Para evitar la variabilidad inter-observador, las mujeres participantes en el estudio fueron asignadas a las enfermeras, de manera que la misma enfermera valoró siempre a la misma mujer.

La captación se realizó a través de enfermeras y enfermeros de la planta de hospitalización de la unidad, mediante la lista de cirugía mamaria elaborada semanalmente en el hospital, realizándose una primera entrevista de valoración previa a la intervención quirúrgica. En esta primera visita se han obtenido de cada una de las mujeres los siguientes datos:

- Anamnesis general: edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios.
- Valoración enfermera registrada según patrones funcionales de Gordon.

Antes de esta entrevista se solicitaba la participación a todas las mujeres que cumplían los criterios de inclusión del estudio informando de los objetivos del mismo. Todas las que voluntariamente decidieron participar firmaron el consentimiento informado (Anexo 3).

A las 48 horas de la intervención, a todas las mujeres de la muestra se les realizó una segunda visita en la que se aplicaron los siguientes instrumentos: MAC, HAD y EORTC QLQ-C30 (QLQ BR-23).

Se ha elegido proporcionar los cuestionarios para su auto administración a las cuarenta y ocho horas post intervención para evitar la pérdida de mujeres con alta temprana (la estancia media es de cinco días) y porque se ha considerado que la valoración del ajuste mental y las reacciones emocionales estarían mediatizadas por el hecho quirúrgico y la incertidumbre asociada al mismo, con lo cual se estaría midiendo el ajuste a la intervención más que a la enfermedad, como era nuestro propósito. Además, la estancia media en el preoperatorio es de 0.30 días, en su mayoría el ingreso se produce unas horas antes de la intervención. Por otra parte, era necesario evitar cualquier intromisión en un momento tan personal e íntimo como es la despedida de los familiares antes de la intervención.

A los tres, seis meses y un año se hizo una reevaluación a las mujeres realizándose la valoración enfermera según patrones funcionales de salud (Gordon, 2013), una nueva diagnosis y la autoadministración de los principales instrumentos de medida del estudio.

Se seleccionaron estos periodos por representar distintos segmentos del proceso de tratamiento, los tres meses posteriores a la intervención suele coincidir con el punto intermedio de las sesiones de quimioterapia, dado que los ciclos se administran cada 21 días aproximadamente; los seis meses posteriores a la intervención suelen coincidir con la finalización del tratamiento quimioterápico.

La calidad de vida no se ha medido a los seis meses, dado que no se esperaban cambios significativos a corto plazo, por la estabilidad de estas medidas, y, además, al estar las pacientes todavía sometidas a los ciclos de quimioterapia no sería relevante para los fines del estudio la información que se recogiese al respecto. Por ello la calidad de vida volvió a medirse un año después de la intervención quirúrgica.

En el siguiente cuadro se resume el procedimiento de recogida de datos:

Cuadro 2. Esquema de medidas tomadas en cada una de las entrevistas. Elaboración propia

MOMENTO DE LA ENTREVISTA	MEDICIONES REALIZADAS
<p>PRIMERA ENTREVISTA Al ingreso para al intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anamnesis general: edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios. ✓ Valoración enfermera registrada según patrones funcionales de Gordon.
<p>SEGUNDA ENTREVISTA A las 48 horas postoperatorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala MAC de ajuste mental. ✓ Escala HAD de depresión y/o ansiedad ✓ Cuestionario EORTC de calidad de vida
<p>TERCERA ENTREVISTA A los 3 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala MAC de ajuste mental. ✓ Escala HAD de depresión y/o ansiedad ✓ Cuestionario EORTC de calidad de vida
<p>CUARTA ENTREVISTA A los 6 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala MAC de ajuste mental. ✓ Escala HAD de depresión y/o ansiedad
<p>QUINTA ENTREVISTA Al año</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escala MAC de ajuste mental. ✓ Escala HAD de depresión y/o ansiedad ✓ Cuestionario EORTC de calidad de vida.

Aspectos éticos y legales

Conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos recogidos.

Todas las mujeres que han participado en el estudio fueron informadas y firmaron el consiguiente consentimiento informado (Anexo 3), donde queda constancia escrita de los términos y condiciones de su participación en el estudio, así como sus derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de los datos si lo hubiesen considerado necesario. Para garantizar la confidencialidad, los datos recogidos para el estudio se han identificado mediante un código y sólo el investigador principal o los investigadores colaboradores pueden relacionar dichos datos con la historia clínica de cada una de las mujeres.

El proyecto se ha desarrollado en todo momento siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para la investigación médica en seres humanos y sus sucesivas revisiones.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente han sido debidamente custodiados, estando identificados únicamente por el número asignado de caso.

Este proyecto ha obtenido la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío, que se adjunta en el Anexo 4.

Dadas las características del estudio y teniendo en cuenta que no se proponen intervenciones experimentales, se entiende que las limitaciones éticas son las derivadas de la voluntariedad de las mujeres en participar en el estudio.

Análisis de datos

Para poner a prueba la hipótesis fundamental del estudio se ha llevado a cabo un análisis de regresión múltiple, tomando como variable explicativa las puntuaciones de afrontamiento o ajuste mental a la enfermedad y como variables criterio las puntuaciones de reacciones emocionales y calidad de vida relacionada con la salud.

Para alcanzar los objetivos propuestos se realizaron también los siguientes análisis:

- 1) Para identificar las estrategias de afrontamiento o ajuste a la enfermedad de las pacientes que participan se ha efectuado un análisis univariable, obteniendo las estadísticas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (rango, varianza y desviación estándar) de las distribuciones de los distintos parámetros medidos con la MAC.
- 2) Para analizar los cambios en las estrategias de afrontamiento o ajuste a la enfermedad entre distintos segmentos del tratamiento se ha efectuado un análisis de clasificación múltiple, tomando como variable independiente o explicativa los distintos momentos de medida o segmentos del tratamiento y como variable criterio las puntuaciones obtenidas en los distintos parámetros medidos con la MAC.

- 3) Para describir las reacciones emocionales (ansiedad y depresión) de las pacientes ante los diferentes segmentos del tratamiento, se han realizado tantas tabulaciones de valores medios de los parámetros medidos la HAD como segmentos de tratamiento en los que se han evaluado dichas reacciones.
- 4) Para estudiar las relaciones entre el afrontamiento o ajuste a la enfermedad y las reacciones emocionales en distintos momentos del tratamiento se utilizó el análisis de regresión múltiple, tomando como variables predictoras las puntuaciones de afrontamiento y como variables criterio las puntuaciones correspondientes a las reacciones emocionales.
- 5) Para observar la evolución de la calidad de vida relacionada con la salud de estas pacientes a lo largo de su proceso de atención y tratamiento se han efectuado tantas tabulaciones de valores medios de los parámetros de CVRS como segmentos de tratamiento en los que se han evaluado.
- 6) Para indagar las relaciones existentes entre las reacciones emocionales (ansiedad y depresión) y la calidad de vida relacionada con la salud en distintos segmentos del tratamiento se realizó un análisis de regresión múltiple, tomando como variable predictora las puntuaciones de ansiedad y depresión, y como variable criterio las diferentes puntuaciones de las dimensiones de CVRS.
- 7) Para averiguar las relaciones existentes entre el ajuste a la enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud en distintos momentos del proceso de atención y tratamiento de estas pacientes se ha procedido como el caso anterior, efectuando un análisis de regresión múltiple tomando como variable predictora las puntuaciones de ajuste a la enfermedad y como variable criterio las distintas medidas de CVRS.

- 8) Para conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres participantes en el estudio se han realizado tabulaciones simples de las distintas variables que caracterizan la muestra.
- 9) Para comprobar si existen diferencias en el afrontamiento de la enfermedad, las reacciones emocionales al tratamiento y la calidad de vida relacionada con la salud en función de distintos perfiles sociodemográficos, se ha realizado un análisis de clasificación múltiple, tomando como variables independientes las distintas categorías de los parámetros sociodemográficos y como variables dependientes las puntuaciones de afrontamiento, reacciones emocionales y calidad de vida.

Para llevar a cabo estos análisis se utilizó la versión 20 del paquete estadístico SPSS.

Prospectiva del estudio

Los resultados obtenidos con la realización de este estudio permiten diseñar guías para una atención más eficaz a este tipo de pacientes y el logro a largo plazo y mantenido de un mejor nivel de calidad de vida.

Además, el logro de los objetivos propuestos es coherente con el alcance de las metas del Plan Oncológico de Andalucía (2007), especialmente con los objetivos siguientes:

- Garantizar que aquellas personas que lo desarrollan tengan un diagnóstico rápido y fiable, y que el tratamiento, las medidas de soporte y los cuidados postratamiento que reciban sean los más adecuados.

- Propiciar que pacientes y familiares tengan la mejor calidad de vida posible, garantizando una atención humanizada.

Resultados y Comentarios

Identificación de las estrategias de afrontamiento

El primero de los objetivos planteados era identificar las estrategias de afrontamiento y ajuste a la enfermedad empleadas por las mujeres durante las distintas fases del tratamiento. Para dar cuenta del mismo, lo primero ha sido analizar la estructura latente de las respuestas dadas al Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer, con el fin de reducir los datos a los componentes principales del mismo. Para ello, en un primer momento, se realizó un **análisis factorial exploratorio (AFE)**, sin ningún tipo de restricción, empleando la versión 10.1 de la herramienta informática FACTOR (Lorenzo-Selva & Ferrando, 2015). Los detalles de este análisis pueden resumirse del siguiente modo:

- *Preparación de los datos para el análisis:* los casos con un porcentaje de valores perdidos superior al 20% fueron excluidos (Cea & D´ancona, 2004), procesándose finalmente 90 cuestionarios, cuyos valores perdidos fueron sustituidos por un valor registrado siguiendo el método Hot-Deck de múltiple imputación (Lorenzo-Seva & Van Ginkel, 2015).
- La *extracción de los factores* fue realizada por el método de mínimos cuadrados no ponderados (ULS), y para *determinar el número de dimensiones* se utilizó el procedimiento de Análisis Paralelo basado en el mínimo rango de la matriz de correlaciones de Pearson (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011), se utilizó ésta en lugar de la correlación policórica, más apropiada para distribuciones ordinales

como la escala de respuesta del MAC, porque el valor de la Kurtosis de la distribución fue inferior a 1 ($K=0,4476$), lo que desaconseja la utilización de la correlación policórica (vid Muthén & Kaplan, 1985, 1992).

- Para la *obtención de la matriz factorial* simplificada se aplicó el procedimiento de rotación oblicua Promin (Lorenzo-Seva, 1999), con un máximo de 100 iteraciones.

Los resultados así obtenidos indicaron que:

1. La matriz de correlación era adecuada, pues se comprobó una intercorrelación elevada entre los ítems del cuestionario y la presencia de una estructura común latente (determinante de la matriz de correlación próximo a cero - 0,000000023750238-), una relación significativa entre las variables analizadas [$\chi^2(780) = 1313.7, p = .000010$], y la viabilidad del análisis factorial ($KMO > 0.5$).
2. Es posible reducir los datos a cuatro dimensiones que explican casi el 37% de la varianza; un 14.9% la primera, un 9.9% la segunda, un 6.3% la tercera y un 5.8% la cuarta. Esta explicación de la varianza es similar a la hallada por otros autores como Trigos (2009) cuyos factores explicaban el 36.2% y los de Forero-Restrepo (2005) que explicaban el 36.1%.

En consecuencia, se realizó un **análisis factorial confirmatorio (AFC)** mediante el procedimiento indicado, pero empleando ahora la rotación ponderada promax para la obtención de la matriz factorial, cuyo índice de bondad de ajuste fue aceptable ($GFI = .90$). Además, la raíz media cuadrada de los residuos (RMSR) fue inferior (.0730) al valor medio esperado (.1060), criterio señalado por Kelly (1935; cit. por Cea D'Ancona (2004) para evaluar el modelo como aceptable.

La primera dimensión (Cuadro 3) tiene un valor propio de 5.71 y explica un 14.8% de la varianza real de los datos. Las variables o ítem que presentan mayores cargas o correlaciones tanto positivas como negativas, con ella son:

Cuadro 3. Ítems de la dimensión I. Factor desamparo o indefensión.

DIMENSIÓN I		
Ítem	Enunciado	Carga
7	Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas	.518
13	Tengo planes para el futuro	-.541
15	He tenido una buena vida; lo que me quede es un suplemento	.458
17	Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme	.548
23	No tengo muchas esperanzas sobre el futuro	.685
25	Me siento como si me hubiera rendido	.528
35	Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será	.493
36	Me siento completamente desorientada sobre lo que he de hacer	.479

Todas estas relaciones indican la falta de esperanza y la sensación de que no hay nada que hacer frente a la enfermedad, es decir, una mezcla de desamparo y fatalismo; de hecho, cuatro de los ítems forman parte de la subescala original sobre desamparo (17, 23, 25 y 36), tres de la subescala sobre fatalismo (7, 15 y 35), y uno (13) de la subescala de espíritu de lucha, pero aquí presenta un coeficiente factorial negativo, contrario a dicha dimensión (ver Trigos Obando, 2009; pág. 25). Por todo ello, y dado que el fatalismo es inherente al desamparo, además de que el ítem que más satura en esta dimensión es el 23 (“*No tengo muchas esperanzas sobre el futuro*”), podría identificarse este factor como “Desamparo o indefensión”.

La segunda dimensión tiene un valor propio igual a 3.81 y explica un 9.8% de la varianza real de los datos. Presenta una elevada correlación positiva con el ítem 33 (“*Evito informarme más sobre la enfermedad*”), una moderada relación negativa con el ítem 29 (“*Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad*”) y el ítem 2 (“*Creo que no puedo hacer nada para animarme*”), lo que viene a significar que la paciente evita pensar sobre la enfermedad como un modo de reducir la presión y

animarse a sí misma para encarar la situación; de hecho, en este factor también satura el ítem 22 (“*Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad*”), aunque con una carga mínima (en concreto, .357) según se puede ver en el Cuadro 4. Además, este segundo factor correlaciona de forma positiva con la siguiente dimensión que, como se verá, representa la consideración de la enfermedad como un reto a superar (ver la Tabla 5). Por todo ello, este factor podría identificarse con la evitación, como un modo de “minimizar” el problema, y no como una forma de negarlo, tal y como ha sido entendido este proceso en el estudio del ajuste mental al cáncer (Forero-Carreño, Bernal-Rojas & Restrepo-Forero, 2005). Aún más, en este caso, a diferencia de la subescala original Evitación/Negación (Watson et al., 1988), la paciente pretende ejercer un cierto control sobre su estado emocional, para así encarar la enfermedad con una actitud más positiva. Aspecto este muy alejado del significado de la subescala original (Moorey & Greer, 1989; citado en Forero-Carreño, Bernal-Rojas & Restrepo-Forero, 2005, págs. 136-7), conformada por un solo ítem el 38, que no concurre en este caso, y que significa “*negar que se tenga una enfermedad maligna*”.

En la composición final de este factor, se ha excluido el ítem 2 porque su coeficiente factorial (-.421) era inferior al establecido como criterio de significación: mayor o igual a 0.45, con independencia de su signo. Norma muy habitual en este tipo de análisis multivariable (ver Cea D’Ancona, 2004; pág.490).

En resumen, esta dimensión compuesta por dos ítems, el 29 que satura de forma negativa y que pertenece a la subescala original de preocupación ansiosa, y el 33 que es el que presenta mayor coeficiente factorial, incluido en la subescala original de fatalismo, ha sido entendida, en virtud del conjunto de los ítems que cargan en la misma igual o por encima de 0.30 y de su relación con otras dimensiones, como minimización del problema.

Cuadro 4. Ítems de la dimensión II. Factor minimización.

DIMENSIÓN II		
Ítem	Enunciado	Carga
29	Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad	-.646
33	Evito informarme más sobre la enfermedad	.726

Las cargas positivas de la tercera dimensión con los ítems 4, 11, 13, 29, 31, 34 y 40 (ver Cuadro 5), indican un asentimiento con las afirmaciones planteadas en los mismos, que expresan la percepción de la enfermedad como un reto y el desarrollo de una actitud positiva de lucha contra la enfermedad, por lo que este factor puede identificarse como “espíritu de lucha”. De hecho, todos estos ítems, salvo el 29 (incluido en la subescala original de Preocupación ansiosa), forman parte de la subescala original sobre Espíritu de lucha, que según Moorey y Greer (1989; citado en Forero-Carreño, Bernal-Rojas y Restrepo-Forero, 2005) representa una forma de afrontamiento confrontativo.

Esta tercera dimensión presenta un valor propio igual a 2.40 y explica un 6.2% de la varianza real de los datos.

Cuadro 5. Ítems de la dimensión III. Factor espíritu de lucha.

DIMENSIÓN III		
Ítem	Enunciado	Carga
4	Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud	.514
6	Creo firmemente que mejoraré	.488
11	Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacarle más partido	.557
13	Tengo planes para el futuro	.679
29	Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad	.511
31	Trato de tener una actitud muy positiva	.564
33	Evito informarme más sobre la enfermedad	-.488
34	Veo mi enfermedad como un reto	.534
40	Intento luchar contra la enfermedad	.649

La cuarta dimensión, (cuadro 6) que tiene un valor propio de 2.22 y explica un 5.6% de la varianza, presenta una relación positiva con los ítems 21, 22 y 37, lo que supone la aceptación de las afirmaciones que contienen, las cuales indican una reacción emocional frente a la enfermedad, mezcla de ira y ansiedad, sin referencia alguna a la incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad o el control de dichos estados emocionales, como en la subescala original de Preocupación ansiosa de la que forman parte los tres ítem mencionados. Por todo ello, este factor podría denominarse “Reactividad emocional” y supone la activación de una respuesta de alarma frente a la amenaza que supone la enfermedad.

Cuadro 6. Ítems de la dimensión IV. Factor reactividad emocional.

DIMENSIÓN IV		
Ítem	Enunciado	Carga
21	Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí	.590
22	Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad	.556
37	Estoy muy enfadada por lo que me ha pasado	.756

En la Tabla 4, se muestra la fiabilidad estimada para cada uno de estos factores, junto con su interpretación.

Tabla 4.

Fiabilidad estimada para los factores identificados.

Factores	Fiabilidad estimada	Interpretación
Desamparo	.831	Buena
Minimización	.737	Aceptable
Espíritu de lucha	.849	Buena
Reactividad emocional	.787	Aceptable

En la siguiente tabla se presenta la matriz de correlación entre factores (Tabla 5). Aunque todas ellas son débiles, conviene destacar las relaciones positivas entre espíritu de lucha y minimización ($r=.396$), y reactividad emocional y desamparo ($r=.226$), porque parecen indicar dos ejes de afrontamiento, uno positivo y otro negativo. Por otra parte, señalar también la relación inversa entre reactividad emocional y minimización ($r= -.258$) porque parece apoyar la idea expuesta sobre la acción de minimizar como un modo de evitar la ansiedad por causa de la enfermedad.

Tabla 5.

Matriz de correlación entre factores.

Factor	Desamparo	Minimización	Espíritu de lucha	Reactividad emocional
Desamparo	1,000			
Minimización	-.048	1,000		
Espíritu de lucha	.137	.396	1,000	
Reactividad emocional	.226	-.258	-.152	1,000

Para representar a cada una de las dimensiones obtenidas, se eligió su ítem más típico; es decir, el de coeficiente factorial más elevado y significado más cercano a su definición (ver Cea D´Ancona, 2004, pág. 501). En particular, para el factor desamparo el ítem elegido fue el 23 (“*No tengo muchas esperanzas sobre el futuro*”), para el factor minimización el ítem 33 (“*Evito informarme más sobre la enfermedad*”), para el factor espíritu de lucha el ítem 40 (“*Intento luchar contra la enfermedad*”) y, por último, para el factor reactividad emocional el ítem 37 (“*Estoy muy enfadada por lo que me ha pasado*”).

En otros estudios se han identificado distintos factores del MAC, que se resumen en la tabla 6:

Tabla 6.

Análisis factoriales realizados con el Mac en distintos países. Adaptada de Trigo (2009)

Autor	País	Año	Muestra	Tipo De Análisis Factorial	Número De Factores	Factores Estimados
Schwartz	Estados Unidos	1992	239	Exploratorio	4	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva • Revaloración positiva • Participación vigilante • Desesperanza
Nordin	Suecia	1999	868	Exploratorio	4	<ul style="list-style-type: none"> • Sin esperanza • Positivo
				Confirmatorio	4	<ul style="list-style-type: none"> • Ansioso • Evitativo • Orientación positiva a la enfermedad
Osborne	Australia	1999	632	Confirmatorio	6	<ul style="list-style-type: none"> • Minimización de la enfermedad • Fatalismo revisado • Pérdida del control • Angustia
				Exploratorio	7	<ul style="list-style-type: none"> • Sin ayuda/sin esperanza • Espíritu de lucha
Cayrou	Francia	2003	317	Confirmatorio	3	<ul style="list-style-type: none"> • Sin ayuda/sin esperanza • Preocupación ansiosa.
				Exploratorio	4	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva • Preocupación ansiosa • Orientación positiva
Forero	Colombia	2005	95	Exploratorio	4	<ul style="list-style-type: none"> • Sin esperanza • Desesperanza
Mystakidou	Grecia	2005	200	Exploratorio	5	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud positiva • Aceptación • Compromiso mental • Fatalismo
Gandini	Portugal	2008	283	Exploratorio	2	<ul style="list-style-type: none"> • Desamparo/desesperanza • Preocupación ansiosa • Desesperanza
Costa-Requena	España	2009	632	Exploratorio	5	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Resignación/ fatalismo • Aceptación de la enfermedad • Conductas de seguridad

Como se puede apreciar en la tabla 6 en diferentes estudios y en diferentes países se han extraído factores distintos al aplicar el MAC.

Muchos autores coinciden en señalar que estas variaciones pueden explicarse en base a diferencias culturales (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea & Chysochoou, 2006; Forero-Carreño, Bernal-Rojas & Restrepo-Forero, 2005; Gandini, Fernandes &

Martins, 2008; Watson & Homewood, 2008), aunque otros no están de acuerdo (Braeken et al., 2009) si bien en este último caso su muestra era mayoritariamente de hombres y con cáncer de próstata, lo que según los autores sesga los resultados.

Si bien parece que en la literatura revisada las diferencias culturales pueden ser responsables de la variación entre los factores estimados del MAC, los resultantes de este estudio tampoco son similares a los encontrados por Costa Requena y Gil (2009) en población española, que realizaron un estudio con 632 pacientes. Esto hace pensar que las diferencias culturales no son los únicos factores que expliquen esta variación. En el estudio citado, Costa Requena y Gil encontraron una diferencia significativa para dos variables, el género, de forma que las mujeres puntuaron más alto en las dimensiones de fatalismo/resignación y aceptación de la enfermedad, y la localización del tumor. En nuestra muestra todas son mujeres y la localización es siempre la misma, por tanto, cabría plantearse que el género y la localización del tumor también son elementos importantes en la explicación de la variabilidad de los factores estimados en el MAC, opinión que también sostiene Braeken (2009).

Todos los estudios coinciden en que los factores hallados son fiables (Cayrou, Dickés, Gauvain-Piquard & Roge, 2003; Forero-Carreño, Bernal-Rojas & Restrepo-Forero, 2005; Gandini, Fernandes & Martins, 2008; Mystakidou et al, 2005; Nordin, Berglund, Terje & Glimelius, 1999; Osborne, Elsworth, Kissane, Burke & Hopper, 1999; Swchartz, Daltroy Brandt Friedman & Stolbach, 1992) si bien se han utilizado diferentes métodos para hallar la fiabilidad, y como señala Gandini (2008) este hecho dificulta mucho la comparación entre resultados.

En nuestro trabajo se han identificado dos ejes de afrontamiento, uno positivo y otro negativo, resultado que coincide con el hallado por otros autores (Anagnostopoulos,

Kolokotroni, Spanea & Chrysoschoou 2006; Watson & Homewood, 2008; Watson, Homewood & Haviland, 2012; Zueca, Lambert, Boyes & Pallant, 2012). Por tanto, si bien los factores identificados en cada uno de los estudios varían y tampoco coinciden con la escala original, sí que parece que en todos ellos se identifican dos estrategias básicas de afrontamiento una activa o positiva y otra negativa o pasiva.

Petticrew, Bell & Hunter (2002) en una revisión sistemática concluían que la evidencia científica de la asociación entre el estilo de afrontamiento y la supervivencia al cáncer era inconsistente, puesto que la utilización de las escalas y del MAC se había realizado y comparado en los estudios revisados sin tener en cuenta factores como el sexo, la localización del tumor y la cultura a la que pertenecen los pacientes. Este hecho ha sido confirmado también por Philip et al. (2008), si bien Watson (2012) identifica una relación entre el ajuste positivo a la enfermedad y la supervivencia. Esto sugiere que aún no hay claridad ni uniformidad en la forma de estudiar el estilo de afrontamiento, los factores que influyen en el mismo y si ello tiene o no repercusión en la supervivencia del cáncer.

En el presente estudio la muestra es homogénea en cuanto a la localización del tumor, el género y la cultura, por lo que se hace difícil comparar los datos con otros estudios que han trabajado con muestras muy diferentes con respecto al sexo, el estadio de la enfermedad, la localización del tumor y la cultura de procedencia.

Cambios longitudinales en las estrategias de afrontamiento

Identificadas las estrategias de afrontamiento o ajuste a la enfermedad empleadas por las pacientes de la muestra, los siguientes objetivos del estudio eran examinar las modificaciones de estas estrategias en las distintas fases del tratamiento y comprobar si

existen diferencias en las mismas en función de distintos perfiles sociodemográficos y clínicos de las pacientes.

Para ello, las puntuaciones directas de los ítems típicos de cada una de dichas estrategias, en las cuatro mediciones que se llevaron a cabo, fueron estandarizadas, y los valores perdidos reemplazados por la media de toda la serie de datos. Seguidamente, se procedió a la realización de un *Modelo Lineal General (MLG) de medidas repetidas*, tomando como factor intra-sujeto las medidas repetidas de cada una de las estrategias de afrontamiento identificadas y factor inter-sujeto los grupos resultantes del análisis de clasificación que se llevó a cabo y del que se da cuenta a continuación.

Se llevó a cabo un **análisis de clasificación mediante el método de clústeres bietápico** o en dos fases que utiliza como medida de distancia el logaritmo de verosimilitud, que exige la independencia de las variables, lo que fue comprobado mediante los siguientes procedimientos:

1. Para las variables continuas Edad, Número de hijos y Días de estancia hospitalaria, se realizaron correlaciones bivariadas, obteniéndose los coeficientes de correlación de Pearson que se muestran en la siguiente tabla, en la que se puede comprobar que la edad y el número de hijos no cumplen el supuesto de independencia, de manera que a más edad más número de hijos. Por tanto, se excluyó esta variable para el análisis de clasificación y se conservó la edad, dado que dicho parámetro es aplicable a todos los casos.

Tabla 7.
Correlaciones de las variables Edad, Número de hijos y Días de estancia hospitalaria

		Edad	Núm. Hijos	Días estancia hospitalaria
Edad	Correlación de Pearson	1	,277 ¹	,102
	Sig. (bilateral)		,004	,297
	N	107	107	107
Núm. Hijos	Correlación de Pearson	,277**	1	-,155
	Sig. (bilateral)	,004		,110
	N	107	107	107
días estancia hospitalaria	Correlación de Pearson	,102	-,155	1
	Sig. (bilateral)	,297	,110	
	N	107	107	107

2. Para comprobar la independencia de las variables continuas Edad y Días de estancia hospitalaria respecto del resto de variables categóricas, se utilizó el contraste de medias, comprobándose que la edad difiere de forma significativa entre las categorías de las siguientes variables: Estado Civil [F (3,102) = 5.791; p = .001], Quimioterapia [F (1,105) = 15.64; p = .0001], IMC [F (1,105) = 6,456, p = .002] e HTA [F (5,94) =3.48; p = .006]; presentando más edad las viudas, las que tienen sobrepeso y obesidad, y las de niveles altos de HTA, y menos edad las que reciben quimioterapia. En cuanto a los días de estancia hospitalaria, las diferencias significativas se hallaron entre las categorías de las variables: Cuadrantectomía [F (1,105) =8.397; p = .005], Vaciado de Mama [F(1,105)=5.320; p = .023], Vaciado Ganglionar [F (1,105) = 6.546; p= .012], Mastectomía [F(1,105)=14.517, p=.0001] y Radioterapia [F (1,105) =10.281; p=.002], de modo que la cuadrantectomía y la radioterapia requirieron menos días

¹ La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

de hospitalización que el resto de intervenciones. Dado el propósito de estas pruebas, ambas variables (edad y días de estancia hospitalaria) fueron excluidas del análisis de clústeres.

3. La independencia entre las variables categóricas se puso a prueba por medio de tablas cruzadas y estadísticos basados en chi-cuadrado, que requieren que los datos sean una muestra aleatoria de una distribución multinomial, extremo este que se comprobó por medio de la prueba de rachas para una muestra, en el caso de las variables dicotómicas (ver la tabla 8), y la prueba de chi-cuadrado para una muestra, con las variables con más de dos categorías (ver la tabla 9). Los resultados indicaron que la secuencia de valores definida por Radioterapia no es aleatoria y las categorías de las variables Estado Civil e Hipertensión arterial (HTA) no se producen con probabilidades de igualdad. Por consiguiente, estas variables fueron excluidas.

Tabla 8.
Independencia entre las variables dicotómicas

Variable	Estadístico de contraste	Error std	Estadístico std	Significación
Cuidador familiar	34	3.459	-.900	.368
Cuadrantectomía.	32	2.729	.880	.379
Vaciado Mama	11	1.050	-1.263	.206
Vaciado Ganglio	35	3.346	-.285	.776
Mastectomía	26	2.594	-.854	.393
Quimioterapia	54	4.711	.847	.397
Radioterapia	28	3.346	-2.377	.017*
Hormonoterapia	47	4.385	.081	.935
Reconstrucción Mama	41	3.568	.775	.438

Tabla 9.
Independencia entre variables de más de dos categorías

Variable	N	X²	gl	Significación
Estado civil	106	119.585	3	.0001*
Nivel estudios	101	7.634	3	.54
IMC	104	2.558	2	.278
HTA	100	51.080	5	.0001*

El nivel de estudios y el IMC se relacionan de forma inversa y significativa ($\rho = -.256$; $p = .011$), de manera que a menor nivel de estudios mayor IMC. A su vez, el IMC se relaciona con los dos principales tratamientos quirúrgicos; a mayor valor de cuadrantectomía mayor valor del IMC ($\rho = .237$; $p = .016$), y a menor valor de mastectomía mayor valor del IMC ($\rho = -.279$; $p = .004$).

Además, la cuadrantectomía y la mastectomía se relacionan entre sí de modo inverso y significativo [con una $\chi^2 (1) = 66.892$; $p = .0001$]. En consecuencia, y considerando el papel teórico de las variables, se conservó el nivel de estudios y la cuadrantectomía y excluimos el IMC y la mastectomía, esta última porque la frecuencia de personas mastectomizadas (15) era muy inferior al número de personas cuadrantectomizadas (89). Por último, excluimos la variable vaciado ganglionar porque presentó una asociación negativa y significativa con cuadrantectomía [$\chi^2 (1) = 7.420$, $p = .007$].

Resumiendo, las variables que cumplían los supuestos de independencia y distribución multinomial aleatoria, exigidos por el análisis de clústeres bietápico, eran: Nivel de estudios, Cuidador familiar, Cuadrantectomía, Vaciamiento de mama, Quimioterapia, Hormonoterapia y Reconstrucción de la mama. Así que todas ellas fueron incluidas en principio en dicho análisis, pero “a posteriori” fueron descartadas las siguientes por su escaso o nulo poder para predecir la pertenencia a los clústeres resultantes: Nivel de estudios (.10). Cuidador familiar (.01). cuadrantectomía (.01) y vaciamiento de mama (<.01).

La solución del análisis clasificatorio realizado con las variables Quimioterapia, Hormonoterapia y Reconstrucción de la mama, resultó en 7 agrupaciones de buena calidad, dado que la silueta media de cohesión y separación fue la unidad, con independencia del orden de los casos e introducción de las variables. El criterio de agrupación fue el bayesiano de Schwarz (BIC).

La importancia predictora de las variables de agrupación fue la siguiente:

1. Reconstrucción de la mama. con un índice igual a 1.
2. Quimioterapia con un índice igual a 1.
3. Hormonoterapia con un índice de .93, cercano a la unidad.

La distribución de los clústeres resultantes, así como su composición, se presenta en el gráfico 1. El tamaño del clúster más pequeño es de 6 (5.6%) y el del clúster más grande 38 (35.5%). siendo la razón de tamaños de 6.33. Los clústeres que presentan en tercera posición la variable Reconstrucción de la mama es porque sus miembros no se sometieron a este tipo de intervención.

Agrupaciones

Importancia de entrada (predictor)
 ■ 1,0 ■ 0,8 ■ 0,6 ■ 0,4 ■ 0,2 ■ 0,0

Clúster	1	2	3	4	5	6	7
Etiqueta	Quimioterapia	Control	Reconstrucción mama Ady2	Reconstrucción mama Ady1	Integral	Adyuvante	Hormonoterapia
Descripción	Quimioterapia	Control	Reconstrucción mama Hormonoterapia	Reconstrucción mama Quimioterapia	Reconstrucción mama Quimioterapia Hormonoterapia	Quimioterapia Hormonoterapia	Hormonoterapia
Tamaño	13,1% (14)	10,3% (11)	6,5% (7)	5,6% (6)	10,3% (11)	35,5% (38)	18,7% (20)
Entradas	Hormonoterapia No (100,0%)	Hormonoterapia No (100,0%)	Reconstrucción mama	Reconstrucción mama	Reconstrucción mama	Quimioterapia Si (100,0%)	Quimioterapia No (100,0%)
	Quimioterapia Si (100,0%)	Quimioterapia No (100,0%)	Quimioterapia No (100,0%)	Hormonoterapia No (100,0%)	Quimioterapia Si (100,0%)	Hormonoterapia Si (100,0%)	Hormonoterapia Si (100,0%)
	Reconstrucción mama	Reconstrucción mama	Hormonoterapia Si (71,4%)	Quimioterapia Si (100,0%)	Hormonoterapia Si (100,0%)	Reconstrucción mama	Reconstrucción mama

Gráfico 1. Distribución de clústeres.

Seguidamente, se realizó el **MLG de medidas repetidas**, siendo el factor intra-sujeto las medidas repetidas de cada una de las estrategias de ajuste o afrontamiento identificadas y el factor inter-sujeto los clústeres obtenidos.

En primer lugar, se realizó la prueba de esfericidad de Mauchly (ver la tabla 10) que examina la hipótesis de que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad, lo que se pudo confirmar para el caso de las medidas de Desamparo y Minimización, pero no así para las medidas de las dimensiones de ajuste mental al cáncer de Reactividad Emocional y Espíritu de Lucha. Por consiguiente, en los demás pasos del

MLG se asume el supuesto de la esfericidad para los dos primeros casos y para el resto se aplicará el corrector épsilon.

Tabla 10.

Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto inter sujetos	Medida	W de Mauchly	Aprox. Chi-cuadrado	gl	Sig.	Épsilon		
						Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
Ajuste	Desamparo	.997	.297	5	.998	.998	1.000	.333
	Minimizar	.976	2.358	5	.798	.985	1.000	.333
	Reactividad	.890	11.452	5	.043	.923	1.000	.333
	Lucha	.861	14.737	5	.012	.914	.999	.333

Diseño: Interceptación + Clústeres. Diseño dentro de sujetos: Ajuste

Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación. Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos

Tabla 11

Estadísticos univariados referidos a los efectos intra-sujetos

PRUEBAS UNIVARIADAS							
Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	
	Esfericidad asumida	.341	3	.114	.178	.912	
Ajuste	Desamparo	Greenhouse-Geisser	.341	2.994	.114	.178	.911
		Huynh-Feldt	.341	3.000	.114	.178	.912
		Límite inferior	.341	1.000	.341	.178	.674

PRUEBAS UNIVARIADAS

Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
	Esfericidad asumida	.531	3	.177	.243	.866
Minimizar	Greenhouse-Geisser	.531	2.954	.180	.243	.864
	Huynh-Feldt	.531	3.000	.177	.243	.866
	Límite inferior	.531	1.000	.531	.243	.623
	Esfericidad asumida	.255	3	.085	.195	.900
Reactividad	Greenhouse-Geisser	.255	2.768	.092	.195	.886
	Huynh-Feldt	.255	3.000	.085	.195	.900
	Límite inferior	.255	1.000	.255	.195	.660
	Esfericidad asumida	.243	3	.081	.119	.949
Lucha	Greenhouse-Geisser	.243	2.743	.089	.119	.938
	Huynh-Feldt	.243	2.997	.081	.119	.949
	Límite inferior	.243	1.000	.243	.119	.731
	Esfericidad asumida	26.320	18	1.462	2.284	.002
Desamparo	Greenhouse-Geisser	26.320	17.965	1.465	2.284	.002
	Huynh-Feldt	26.320	18.000	1.462	2.284	.002
	Límite inferior	26.320	6.000	4.387	2.284	.042
Ajuste * Clústeres	Esfericidad asumida	12.546	18	.697	.956	.511
Minimizar	Greenhouse-Geisser	12.546	17.725	.708	.956	.511
	Huynh-Feldt	12.546	18.000	.697	.956	.511

PRUEBAS UNIVARIADAS

Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
	Límite inferior	12.546	6.000	2.091	.956	.459
	Esfericidad asumida	4.857	18	.270	.618	.885
Reactividad	Greenhouse-Geisser	4.857	16.608	.292	.618	.874
	Huynh-Feldt	4.857	18.000	.270	.618	.885
	Límite inferior	4.857	6.000	.809	.618	.715
	Esfericidad asumida	12.097	18	.672	.989	.473
Lucha	Greenhouse-Geisser	12.097	16.456	.735	.989	.470
	Huynh-Feldt	12.097	17.981	.673	.989	.473
	Límite inferior	12.097	6.000	2.016	.989	.437
	Esfericidad asumida	192.068	300	.640		
Desamparo	Greenhouse- Geisser	192.068	299.410	.641		
	Huynh-Feldt	192.068	300.000	.640		
	Límite inferior	192.068	100.000	1.921		
Error(Ajuste)	Esfericidad asumida	218.741	300	.729		
Minimizar	Greenhouse- Geisser	218.741	295.425	.740		
	Huynh-Feldt	218.741	300.000	.729		
	Límite inferior	218.741	100.000	2.187		
Reactividad	Esfericidad asumida	130.884	300	.436		

PRUEBAS UNIVARIADAS

Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
	Greenhouse- Geisser	130.884	276.804	.473		
	Huynh-Feldt	130.884	300.000	.436		
	Límite inferior	130.884	100.000	1.309		
	Esfericidad asumida	203.918	300	.680		
Lucha	Greenhouse- Geisser	203.918	274.272	.743		
	Huynh-Feldt	203.918	299.691	.680		
	Límite inferior	203.918	100.000	2.039		

Los resultados relativos al efecto individual del factor ajuste (tabla 11) ponen de relieve que este no fue significativo en ninguna de sus medidas. Sin embargo, el efecto de la interacción ajuste por grupos (clústeres), en lo que respecta a las medidas de desamparo, tanto si se asume el supuesto de esfericidad como si se aplica alguno de los correctores épsilon, se obtienen niveles críticos por debajo de .05; por lo que puede concluirse que existe un efecto significativo de la interacción Ajuste (desamparo) por grupo (tratamientos adyuvantes).

La siguiente tabla (12) contiene información referente al factor inter-sujetos clústeres o tratamientos adyuvantes. El nivel crítico asociado al estadístico F en todas las dimensiones del ajuste mental al cáncer es superior a .05. Por tanto, puede concluirse que

éste es igual en todas las condiciones de tratamientos adyuvantes más reconstrucción de mama.

Tabla 12.

Relación entre clústeres y tratamientos adyuvantes. Pruebas de efectos inter-sujetos

Variable transformada: Media						
Origen	Medida	Tipo III Suma Cuadrados	Gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Interceptación	Desamparo	.008	1	.008	.005	.941
	Minimizar	.446	1	.446	.355	.553
	Reactividad	1.162	1	1.162	.538	.465
	Lucha	1.732	1	1.732	1.214	.273
Clústeres	Desamparo	8.987	6	1.498	1.073	.384
	Minimizar	8.860	6	1.477	1.173	.327
	Reactividad	16.173	6	2.696	1.247	.289
	Lucha	9.303	6	1.551	1.087	.376
Error	Desamparo	139.625	100	1.396		
	Minimizar	125.853	100	1.259		
	Reactividad	216.086	100	2.161		
	Lucha	142.683	100	1.427		

Para poder interpretar de forma adecuada el efecto de la interacción obtenido, se necesita realizar comparaciones múltiples para los efectos simples de las distintas medidas de desamparo, así como gráficos de perfil.

En la tabla 13 puede comprobarse que el conjunto de las pacientes de la muestra al distribirse por clústeres aumenta de forma significativa sus puntuaciones de

desamparo respecto del periodo anterior, en particular en la segunda y en la cuarta medida.

Tabla 13.

Variación de puntuaciones entre el estilo de afrontamiento y el tiempo. Pruebas de contraste intra-sujetos

Origen	Medida	Tiempo	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Tiempo	Desamparo	Nivel 2 versus nivel 1	.432	1	.432	.342	.560
		Nivel 3 versus anterior	.101	1	.101	.107	.744
		Nivel 4 versus anterior	.077	1	.077	.088	.768
	Minimización	Nivel 2 versus nivel 1	.028	1	.028	.017	.896
		Nivel 3 versus anterior	.673	1	.673	.713	.401
		Nivel 4 versus anterior	.092	1	.092	.093	.761
	Reactividad	Nivel 2 versus nivel 1	.066	1	.066	.074	.786
		Nivel 3 versus anterior	.215	1	.215	.332	.566
		Nivel 4 versus anterior	.106	1	.106	.183	.669
	Lucha	Nivel 2 versus nivel 1	.004	1	.004	.003	.955
		Nivel 3 versus anterior	.025	1	.025	.022	.883

Origen	Medida	Tiempo	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Tiempo * Clústeres	Desamparo	Nivel 4 versus anterior	.298	1	.298	.380	.539
		Nivel 2 versus nivel 1	19.040	6	3.173	2.513	.026
		Nivel 3 versus anterior	7.849	6	1.308	1.385	.228
		Nivel 4 versus anterior	15.424	6	2.571	2.922	.011
	Minimización	Nivel 2 versus nivel 1	5.350	6	.892	.543	.774
		Nivel 3 versus anterior	9.129	6	1.522	1.612	.151
		Nivel 4 versus anterior	5.046	6	.841	.855	.530
		Nivel 2 versus nivel 1	.510	6	.085	.096	.997
	Reactividad	Nivel 3 versus anterior	3.588	6	.598	.923	.482
		Nivel 4 versus anterior	2.946	6	.491	.852	.533
		Nivel 2 versus nivel 1	5.673	6	.945	.707	.645
		Nivel 3 versus anterior	2.353	6	.392	.335	.917
	Lucha	Nivel 4 versus anterior	10.255	6	1.709	2.174	.052
		Nivel 2 versus nivel 1	126.299	100	1.263		
Error(Tiempo)	Desamparo	Nivel 2 versus nivel 1	126.299	100	1.263		

Origen	Medida	Tiempo	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
		Nivel 3 versus anterior	94.420	100	.944		
		Nivel 4 versus anterior	87.962	100	.880		
		Nivel 2 versus nivel 1	164.189	100	1.642		
	Minimización	Nivel 3 versus anterior	94.364	100	.944		
		Nivel 4 versus anterior	98.317	100	.983		
		Nivel 2 versus nivel 1	88.867	100	.889		
	Reactividad	Nivel 3 versus anterior	64.819	100	.648		
		Nivel 4 versus anterior	57.650	100	.577		
		Nivel 2 versus nivel 1	133.695	100	1.337		
	Lucha	Nivel 3 versus anterior	117.138	100	1.171		
		Nivel 4 versus anterior	78.637	100	.786		

La siguiente tabla (tabla 14) recoge el resultado de comparar por pares los niveles del factor ajuste a lo largo del tiempo dentro de cada clúster, tomando como referencia el clúster o grupo de control (mujeres que no recibieron ningún tratamiento adyuvante, ni se reconstruyeron la mama). Los resultados de estas comparaciones, junto con el gráfico de la interacción (en el que se han excluido los clústeres que no presentaron diferencias

significativas respecto del grupo control), permiten precisar el significado de su efecto. En primer lugar, en el momento 1, las puntuaciones de desamparo son similares en todos los grupos. Pero a partir de ese momento, dichas puntuaciones aumentan significativamente en el grupo 5 (reconstrucción de la mama y hormonoterapia), hasta el último momento en el que vuelven a igualarse con las del grupo control. Pero es justo en este momento, cuando se produce la intercepción más significativa, pues al tiempo que dicho grupo disminuye sus puntuaciones, el grupo control las aumenta. Por otra parte, en ese momento, el grupo 1 (quimioterapia) y el grupo 3 (quimioterapia más hormonoterapia) disminuyen de forma significativa sus puntuaciones en comparación con el grupo control.

Tabla 14.

Comparación por pares de los niveles del factor ajuste a lo largo del tiempo dentro de cada clúster

Estimaciones de parámetro							
Variable dependiente	Parámetro	B	Error estándar	t	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Desesperanza1	Interceptación	-,319	,283	-1,127	,262	-,881	,243
	[Clústeres=1]	,614	,378	1,623	,108	-,137	1,364
	[Clústeres=2]	,228	,352	,647	,519	-,471	,927
	[Clústeres=3]	,451	,321	1,403	,164	-,187	1,089
	[Clústeres=4]	,520	,476	1,092	,277	-,425	1,466
	[Clústeres=5]	-,038	,454	-,084	,933	-,939	,862
	[Clústeres=6]	,090	,400	,224	,823	-,704	,884
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
Desesperanza2	Interceptación	-,353	,265	-1,334	,185	-,878	,172
	[Clústeres=1]	-,132	,354	-,373	,710	-,833	,570
	[Clústeres=2]	,483	,329	1,465	,146	-,171	1,136
	[Clústeres=3]	,489	,300	1,629	,106	-,107	1,085
	[Clústeres=4]	,771	,445	1,732	,086	-,112	1,655
	[Clústeres=5]	1,112	,424	2,622	,010	,271	1,954
	[Clústeres=6]	-,097	,374	-,258	,797	-,839	,646
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
Desesperanza3	Interceptación	-,299	,272	-1,102	,273	-,838	,240
	[Clústeres=1]	-,083	,363	-,228	,820	-,803	,637
	[Clústeres=2]	,373	,338	1,104	,272	-,298	1,044

Estimaciones de parámetro							
Variable dependiente	Parámetro	B	Error estándar	t	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
	[Clústeres=3]	,348	,308	1,129	,261	-,264	,960
	[Clústeres=4]	,093	,457	,203	,839	-,814	1,000
	[Clústeres=5]	1,176	,435	2,701	,008	,312	2,040
	[Clústeres=6]	,335	,384	,873	,385	-,427	1,097
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
	Interceptación	,673	,279	2,413	,018	,120	1,226
Desesperanza4	[Clústeres=1]	-1,116	,372	-2,995	,003	-1,855	-,377
	[Clústeres=2]	-,522	,347	-1,505	,136	-1,211	,166
	[Clústeres=3]	-,766	,317	-2,419	,017	-1,394	-,138
	[Clústeres=4]	-,731	,469	-1,557	,123	-1,661	,200
	[Clústeres=5]	-,669	,447	-1,497	,137	-1,556	,218
	[Clústeres=6]	-,703	,394	-1,784	,077	-1,485	,079
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
	Interceptación	-,427	,283	-1,507	,135	-,988	,135
Minimizar1	[Clústeres=1]	,680	,378	1,797	,075	-,071	1,430
	[Clústeres=2]	,465	,352	1,318	,190	-,235	1,164
	[Clústeres=3]	,418	,321	1,300	,196	-,220	1,056
	[Clústeres=4]	,571	,476	1,199	,233	-,374	1,517
	[Clústeres=5]	,681	,454	1,499	,137	-,220	1,581
	[Clústeres=6]	,251	,400	,626	,533	-,544	1,045
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.

Estimaciones de parámetro							
Variable dependiente	Parámetro	B	Error estándar	t	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Minimizar2	Interceptación	-,528	,277	-1,909	,059	-1,076	,021
	[Clústeres=1]	,300	,369	,813	,418	-,433	1,034
	[Clústeres=2]	,474	,344	1,378	,171	-,209	1,157
	[Clústeres=3]	,690	,314	2,196	,030	,067	1,312
	[Clústeres=4]	,880	,465	1,891	,062	-,043	1,803
	[Clústeres=5]	,738	,443	1,664	,099	-,142	1,617
	[Clústeres=6]	,557	,391	1,423	,158	-,219	1,332
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
Minimizar3	Interceptación	-,200	,278	-,717	,475	-,752	,353
	[Clústeres=1]	,412	,372	1,108	,270	-,326	1,150
	[Clústeres=2]	,316	,347	,912	,364	-,372	1,004
	[Clústeres=3]	,243	,316	,770	,443	-,384	,870
	[Clústeres=4]	-,196	,469	-,418	,677	-1,125	,734
	[Clústeres=5]	-,360	,446	-,807	,421	-1,246	,525
	[Clústeres=6]	,338	,394	,860	,392	-,443	1,119
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
Minimizar4	Interceptación	-,298	,281	-1,058	,293	-,856	,261
	[Clústeres=1]	,412	,376	1,097	,275	-,334	1,158
	[Clústeres=2]	,090	,350	,258	,797	-,605	,785
	[Clústeres=3]	,480	,320	1,501	,136	-,154	1,114
	[Clústeres=4]	,506	,474	1,068	,288	-,434	1,446

Estimaciones de parámetro							
Variable dependiente	Parámetro	B	Error estándar	t	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
Reactividad1	[Clústeres=5]	-,349	,451	-,772	,442	-1,244	,547
	[Clústeres=6]	,496	,398	1,246	,216	-,294	1,286
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
	Interceptación	-,360	,285	-1,264	,209	-,925	,205
	[Clústeres=1]	,467	,380	1,228	,222	-,288	1,222
	[Clústeres=2]	,322	,354	,909	,366	-,381	1,025
	[Clústeres=3]	,302	,323	,933	,353	-,340	,943
	[Clústeres=4]	,802	,479	1,672	,098	-,149	1,752
	[Clústeres=5]	,718	,457	1,572	,119	-,188	1,624
	[Clústeres=6]	,383	,403	,950	,344	-,416	1,181
Reactividad2	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
	Interceptación	-,305	,284	-1,074	,286	-,868	,258
	[Clústeres=1]	,384	,379	1,011	,314	-,369	1,137
	[Clústeres=2]	,336	,353	,951	,344	-,365	1,038
	[Clústeres=3]	,268	,322	,830	,409	-,372	,907
	[Clústeres=4]	,534	,478	1,118	,266	-,414	1,482
	[Clústeres=5]	,639	,455	1,402	,164	-,265	1,542
	[Clústeres=6]	,243	,402	,606	,546	-,553	1,040
Reactividad3	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
	Interceptación	-,444	,272	-1,632	,106	-,985	,096
	[Clústeres=1]	,282	,364	,776	,439	-,439	1,004

Estimaciones de parámetro							
Variable dependiente	Parámetro	B	Error estándar	t	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
	[Clústeres=2]	,547	,339	1,615	,110	-,125	1,220
	[Clústeres=3]	,312	,309	1,010	,315	-,301	,926
	[Clústeres=4]	1,172	,458	2,558	,012	,263	2,082
	[Clústeres=5]	,796	,437	1,823	,071	-,070	1,662
	[Clústeres=6]	,744	,385	1,932	,056	-,020	1,508
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
	Interceptación	-,543	,282	-1,924	,057	-1,102	,017
	[Clústeres=1]	,588	,377	1,560	,122	-,160	1,336
	[Clústeres=2]	,491	,351	1,399	,165	-,205	1,188
	[Clústeres=3]	,539	,320	1,682	,096	-,097	1,174
Reactividad4	[Clústeres=4]	1,048	,475	2,208	,030	,106	1,991
	[Clústeres=5]	,452	,452	,999	,320	-,446	1,349
	[Clústeres=6]	,916	,399	2,297	,024	,125	1,708
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
	Interceptación	-,251	,283	-,887	,377	-,812	,310
	[Clústeres=1]	,180	,378	,476	,635	-,570	,930
	[Clústeres=2]	,232	,352	,660	,511	-,466	,931
Lucha1	[Clústeres=3]	,125	,321	,389	,698	-,512	,762
	[Clústeres=4]	,453	,476	,952	,344	-,492	1,398
	[Clústeres=5]	,755	,454	1,665	,099	-,145	1,655
	[Clústeres=6]	,629	,400	1,572	,119	-,165	1,422

Estimaciones de parámetro							
Variable dependiente	Parámetro	B	Error estándar	t	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
Lucha2	Interceptación	,047	,280	,169	,866	-,507	,602
	[Clústeres=1]	-,224	,374	-,599	,550	-,965	,517
	[Clústeres=2]	-,018	,348	-,052	,959	-,709	,673
	[Clústeres=3]	-,174	,318	-,548	,585	-,804	,456
	[Clústeres=4]	,604	,471	1,282	,203	-,330	1,537
	[Clústeres=5]	-,224	,448	-,499	,619	-1,114	,666
	[Clústeres=6]	,272	,395	,688	,493	-,512	1,057
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
Lucha3	Interceptación	,264	,277	,955	,342	-,285	,813
	[Clústeres=1]	-,430	,370	-1,163	,248	-1,164	,304
	[Clústeres=2]	-,308	,345	-,895	,373	-,992	,375
	[Clústeres=3]	-,428	,314	-1,362	,176	-1,051	,195
	[Clústeres=4]	,348	,466	,747	,457	-,576	1,272
	[Clústeres=5]	-,379	,444	-,853	,396	-1,259	,502
	[Clústeres=6]	,067	,391	,171	,865	-,710	,843
	[Clústeres=7]	0 ^a	.	.	.	.	.
Lucha4	Interceptación	,035	,283	,123	,902	-,527	,597
	[Clústeres=1]	,074	,379	,195	,845	-,677	,825
	[Clústeres=2]	-,493	,353	-1,396	,166	-1,192	,207
	[Clústeres=3]	,087	,322	,272	,786	-,551	,726

Estimaciones de parámetro							
Variable dependiente	Parámetro	B	Error estándar	t	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior
	[Clústeres=4]	,048	,477	,100	,920	-,898	,994
	[Clústeres=5]	,286	,454	,629	,531	-,616	1,187
	[Clústeres=6]	-,048	,401	-,121	,904	-,843	,746
	[Clústeres=7]	0 ¹	.	.	.	.	.

¹ Este parámetro está establecido en cero porque es redundante

Resumiendo, si atendemos a los valores intra-sujeto del conjunto de la muestra puede afirmarse que las participantes en el estudio presentaron una tendencia a incrementar sus puntuaciones de desamparo a lo largo del tiempo (Gráfico 2), lo que fue más significativo en el grupo que recibió hormonoterapia y se sometió a la reconstrucción de la mama, éste alcanzó en los periodos intermedios las puntuaciones más altas de desamparo. Por el contrario, los grupos que recibieron quimioterapia disminuyeron de forma progresiva sus puntuaciones de desamparo, alcanzando las reducciones más significativas en la última medida del ajuste mental al cáncer.

Por otra parte, si atendemos a los valores inter-sujeto puede afirmarse que no hubo diferencias significativas en los valores medios de desamparo, ni entre medidas, ni entre clústeres o grupos, lo que también se puede afirmar para las demás reacciones de ajuste. Tanto los grupos conformados por el factor intra-sujeto (medidas longitudinales de ajuste) como los resultantes del factor inter-sujetos (clústeres según tratamientos adyuvantes y reconstrucción de la mama) fueron homogéneos.

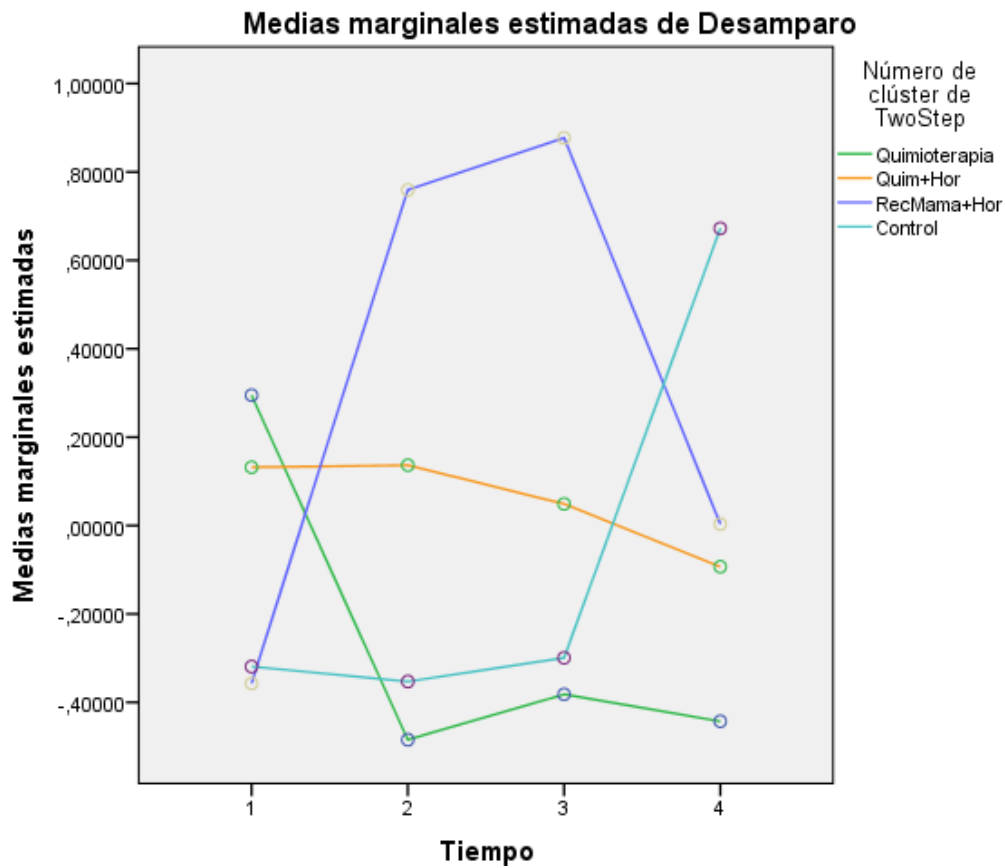


Gráfico 2. Medidas estimadas desamparo según clúster

Como se puede comprobar en el siguiente gráfico (Gráfico 3), la respuesta de ajuste de la muestra más importante a lo largo del tiempo fue el espíritu de lucha, coincidiendo con el resultado de otros estudios (Czerw, Religioni & Deptała, 2015; Lilja, Smith, Malmström, Salford, Idvall & Horstman, 2003), salvo en la última medida que disminuye de forma considerable, aunque no menos que el resto de respuestas de ajuste, salvo el caso ya comentado del repunte del desamparo.

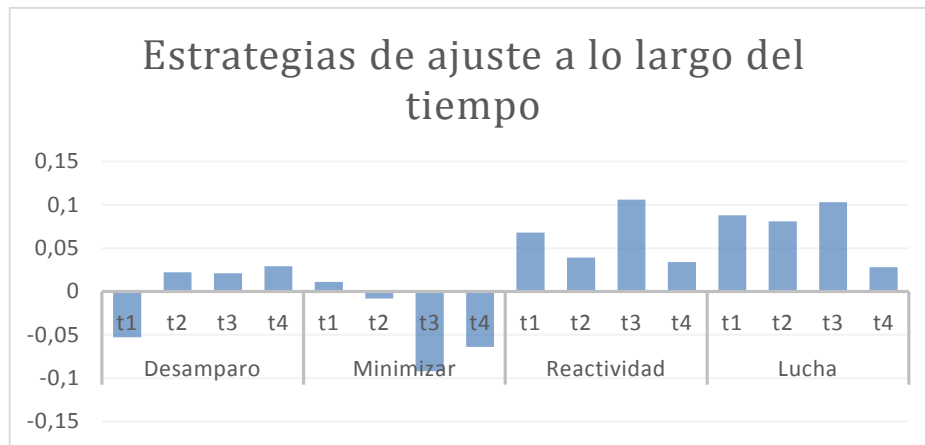


Gráfico 3. Variabilidad de las estrategias de ajuste al cáncer en precirugía, y a los 3, 6 y 12 meses)

Las siguientes tablas de contrastes post entre los diferentes grupos o clústeres confirman la homogeneidad de los mismos en todas y cada una de las respuestas de ajuste mental al cáncer (Tablas 15, 16 17 y 18).

Tabla 15. Contraste entre clústeres y desamparo
Contraste entre clústeres y desamparo

	Número de clúster de TwoStep	N	Subconjunto 1
HSD Tukey	Quimioterapia	14	-,2536425
	Integral	11	-,1683266
	Control	11	-,0746371
	Quim+Hor	38	,0560548
	Hormonoterapia	20	,0657875
	RecMama+Quim	6	,0888269
	RecMama+Hor	7	,3206859
	Sig.			,267

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.
Se basa en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática
(Error) = ,349.

Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 10,953.

Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los
tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Alfa = ,05.

Tabla 16.

Contraste entre clústeres y minimizar

		Subconjunto	
		N	1
HSD Tukey	Control	11	-,3629326
	RecMama+Hor	7	-,1855637
	Hormonoterapia	20	-,0265965
	Integral	11	,0474468
	RecMama+Quim	6	,0775214
	Quimioterapia	14	,0883126
	Quim+Hor	38	,0947293
	Sig.		,479

Se visualizan las medidas para los grupos en los subconjuntos homogéneos. Se basa en las medidas observadas. El término de error es la medida cuadrática (Error) = ,315.

Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 10,953.

Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Alfa = ,05.

Tabla 17.

Contraste entre clústeres y reactividad emocional

		N	Subconjunto 1
HSD Tukey	Número de clúster de TwoStep		
	Control	11	-,4129638
	Quim+Hor	38	-,0577916
	Hormonoterapia	20	,0113539
	Quimioterapia	14	,0174339
	Integral	11	,1585432
	RecMama+Hor	7	,2380845
	RecMama+Quim	6	,4761610
	Sig.		,079

Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 10,953

Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Alfa = ,05

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos. Se basa en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = ,540.

Tabla 18.

Contraste entre clústeres y espíritu de lucha

		N	Subconjunto 1
HSD Tukey	Número de clúster de TwoStep		
	Hormonoterapia	20	-,1227009
	Quimioterapia	14	-,0760769
	Quim+Hor	38	-,0734923
	Control	11	,0239313
	RecMama+Hor	7	,1335530
	Integral	11	,2537483
	RecMama+Quim	6	,3870764
	Sig.		,423

Se visualizan las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos. Se basa en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = ,357.

Utiliza el tamaño de la muestra de la media armónica = 10,953.

Los tamaños de grupo no son iguales. Se utiliza la media armónica de los tamaños de grupo. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

Alfa = ,05.

Por último, es interesante poner la atención en el grupo de reconstrucción de la mama más hormonoterapia, ya que sus datos sobre ajuste mental al cáncer evidencian la

incompatibilidad entre la reacción de desamparo y el espíritu de lucha, si comparamos el siguiente gráfico en el que se representan las medias de espíritu de lucha con el gráfico homólogo sobre desamparo (mostrado antes), comprobamos que en dicho grupo al aumentar el desamparo disminuye el espíritu de lucha y a la inversa, hecho que debe ser tenido en cuenta a la hora de planificar los cuidados a este grupo de mujeres.

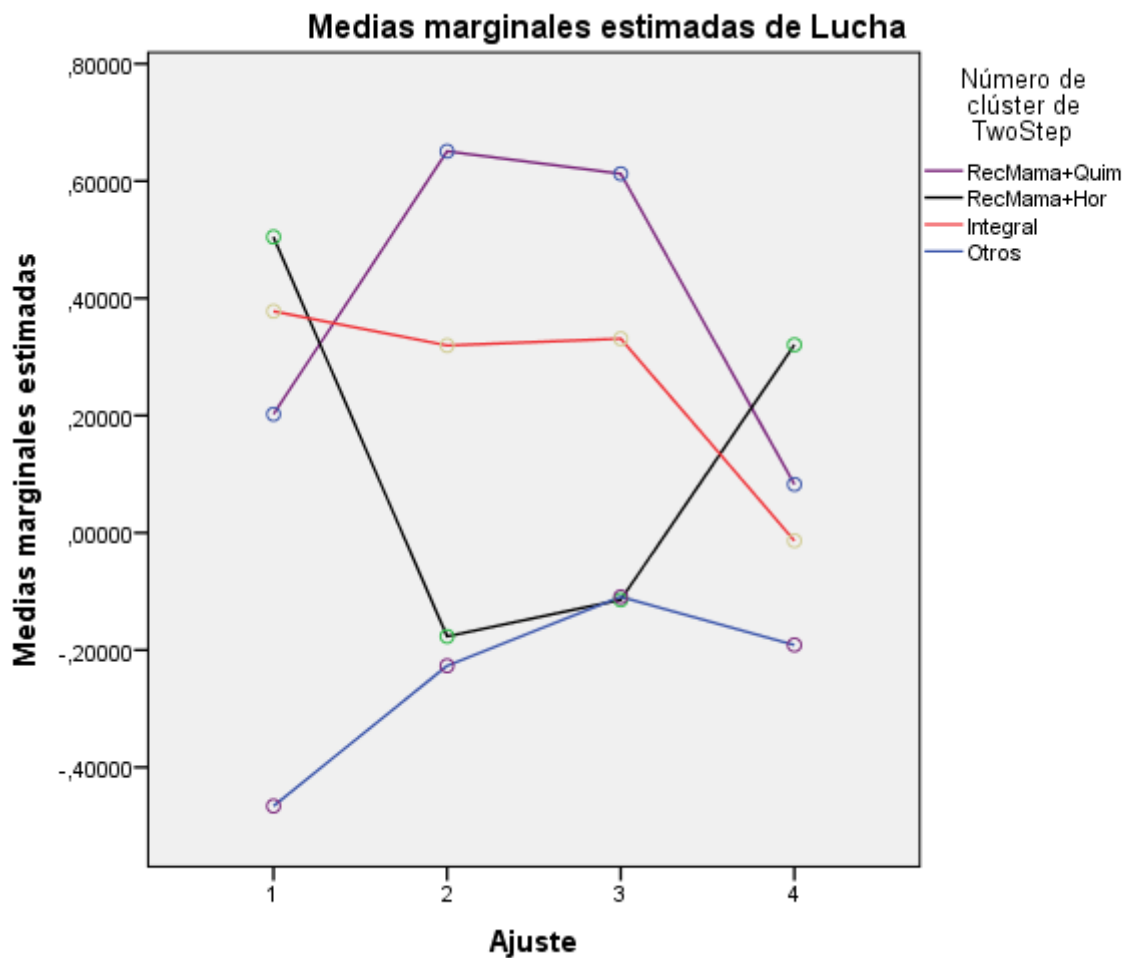


Gráfico 4. Medidas estimadas espíritu de lucha

No son muchos los estudios longitudinales donde se haya analizado las variaciones del estilo de afrontamiento a lo largo del tiempo. Parece lógico que, en nuestro estudio, como en el de Geyer et al. (2015), varíen los estilos de afrontar la enfermedad

con el tiempo, puesto que los requerimientos en cada uno de los momentos son diferentes: no es lo mismo afrontar el diagnóstico, que el tratamiento o la finalización del mismo.

En nuestro caso la primera medida coincide con la intervención quirúrgica, momento en el que ya existe un diagnóstico de malignidad, aunque aún no se conoce el tipo de células malignas del tumor y su extensión real, siendo el pronóstico incierto y desconocido. En la segunda medida a los tres meses de la intervención, ya se conoce el diagnóstico definitivo y se ha iniciado el tratamiento. En caso que este sea quimioterapia llevan uno o dos ciclos, y los efectos secundarios de la misma, que son acumulativos comienzan a aparecer. A los seis meses que se realiza la tercera medida las mujeres que reciben quimioterapia están cercanas a la finalización del tratamiento, y al año se ha producido la primera revisión.

Por tanto, el repunte del desamparo que se produce en la muestra coincide con el diagnóstico definitivo y el inicio del tratamiento, continuando su ascenso hasta el año, cuando el tratamiento está finalizado. La reactividad emocional tiene un repunte en la medida a los 6 meses, coincidiendo con la finalización del tratamiento y el espíritu de lucha disminuye al año, coincidiendo con la primera revisión.

Estos resultados no pueden compararse con los estudios revisados. Rottmann (2010), también realizó un estudio longitudinal pero el estilo de afrontamiento lo midió en una única ocasión y con los factores de la escala original. Uno de los estudios longitudinales más significativos es el de Geyer et al. (2015) que analizaron a lo largo de diez años a un grupo de supervivientes al cáncer de mama. Para estudiar el afrontamiento utilizaron una herramienta cualitativa y cuantitativa en la que escogieron la categoría desamparo del MAC, y otras tales como optimismo, negación y percepción de control. Definieron la categoría desamparo como el sentimiento de tener pocas oportunidades de

influir en lo que suceda, sin control ninguno sobre la situación, definición que encajaría con nuestro primer factor, al que también hemos denominado desamparo. Entre los resultados del estudio resaltan que no hay una estabilidad en la respuesta de afrontamiento a lo largo del tiempo, sino que esta varía en función de la situación. El desamparo disminuyó al cabo de diez años, siendo el optimismo la respuesta que más aumentó a lo largo de los mismos. Si bien sus resultados no pueden ser comparados a los obtenidos en este estudio, puesto que las medidas se hacen en diferentes momentos, sí que son indicativos de la variabilidad del estilo de afrontamiento en función de las necesidades y del tiempo.

Uno de los hallazgos destacables en nuestro trabajo es la tendencia a incrementar las puntuaciones de desamparo a lo largo del primer año (ver gráfico 3), tendencia más significativa en el grupo que recibió hormonoterapia y se sometió a la reconstrucción de la mama, que alcanzó las puntuaciones más altas de desamparo en el periodo intermedio. Por el contrario, los grupos que recibieron quimioterapia disminuyeron de forma progresiva sus puntuaciones de desamparo, alcanzando las reducciones más significativas en la última medida del ajuste mental al cáncer.

Las diferencias principales entre ambos grupos estriban en dos aspectos fundamentales: el contacto con la institución sanitaria y los profesionales de la salud, y las creencias sobre el mejor tratamiento para el cáncer.

Las mujeres que reciben quimioterapia tienen un mayor contacto con la institución sanitaria, puesto que el tratamiento hace que tengan que acudir a los servicios de oncología cada 21 días aproximadamente, mientras que las pacientes con hormonoterapia tiene un seguimiento a más largo plazo. Por tanto, podría haber una relación entre este hecho y el aumento del desamparo.

Según Arora (2007), el apoyo percibido por las mujeres con cáncer de mama por parte de amigos, familiares y profesionales de la salud disminuye significativamente desde el momento del diagnóstico hasta los 5 meses de evolución. Neipp (2009), encontró una tendencia a externalizar el locus de control de las mujeres con cáncer de mama en recursos externos, principalmente en profesionales de la salud. Por tanto, una de las hipótesis que se podrían formular es que el desamparo en las mujeres tratadas con hormonoterapia aumenta por el hecho de tener un contacto menor con los profesionales de la salud que realizan su tratamiento y seguimiento.

Pero también se podría suponer que las mujeres que no reciben quimioterapia se sientan más inseguras con respecto al pronóstico, como si se hubiera aceptado que la quimioterapia es el tratamiento más seguro para el cáncer. Aunque este hecho en sí no parece haber sido muy estudiado, o al menos no se han localizado estudios que aborden este tema, si se ha relacionado el abandono de la terapia hormonal con la percepción de no eficacia del tratamiento en mujeres con cáncer de mama (Lash, Fox, Westrup, Fink, & Silliman, 2006; Silliman et al., 2002) o un mayor riesgo de abandonarla (Fink, Gurwitz, Rakowski, Guadagnoli, & Silliman, 2004). De hecho, las creencias sobre la capacidad de la hormonoterapia, han sido identificadas como determinantes de la adherencia al tratamiento en una revisión sistemática (Cahir, Guinan, Dombrowski, Sharp & Bennett, 2015). Si a esto le añadimos que las mujeres reconocen que los efectos secundarios de la quimioterapia se minimizan frente a la ganancia del tratamiento, y que la ansiedad aumenta al terminar el tratamiento (Beisecker et al., 1997), se genera una duda razonable sobre la posible percepción de inseguridad o desconfianza en los tratamientos de cáncer de mama no relacionados con la quimioterapia. En cualquier caso, se requiere una mayor investigación para refutar este resultado y comprender los motivos que lo originan.

Identificadas las estrategias de afrontamiento o ajuste a la enfermedad de las pacientes, así como su evolución a lo largo de las distintas fases del tratamiento, se pretende también analizar su relación con las reacciones emocionales de ansiedad y depresión, medidas con la Escala Hospitalaria que se utilizó al efecto.

Para ello, primero se describen dichas reacciones emocionales de manera longitudinal. En la Tabla 19 se presentan sus estadísticos descriptivos más representativos, cabe señalar que los valores perdidos fueron sustituidos por la media de cada serie. Los valores de asimetría ponen de manifiesto que las puntuaciones de la escala de depresión no son normales, dado que el valor de la asimetría es el doble de su error estándar en todos los casos. Por el contrario, los valores de ansiedad no cumplen esta regla, por lo que puede afirmarse que se ajustan a una distribución normal.

Por otra parte, los valores medios tanto de ansiedad y depresión se encuentran comprendidos dentro del rango de puntuaciones consideradas normales (Zigmond y Snaith, 1983), salvo la primera medida de ansiedad que supera dicho rango por unas décimas, pero muy alejada de la puntuación de corte (12) para considerarla representativa de un problema clínico. Por tanto, puede afirmarse que la ansiedad y depresión experimentadas por las pacientes fue normal. Cabe indicar que los valores de ansiedad fueron decreciendo desde la primera medida a la última, no así los valores de depresión que experimentaron más altibajos, su valor promedio más bajo se obtuvo al inicio del tratamiento y el más alto seis meses después.

Tabla 19.

Estadísticos descriptivos de la ansiedad y depresión más representativos a lo largo del tiempo

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Asimetría	Error estándar
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Inicio-Depresión	107	,00	12,00	3,8421	2,99470	,553	,234
12M-Depresion	107	,00	18,00	4,2396	4,07881	1,167	,234
3M-Depresion	107	,00	13,00	4,3000	3,27786	,860	,234
6M-Depresion	107	,00	15,00	4,4176	3,48329	,790	,234
12M-Ansiedad	107	,00	17,00	6,3333	4,25300	,366	,234
6M-Ansiedad	107	,00	18,00	6,7582	4,26778	,447	,234
3M-Ansiedad	107	,00	18,00	6,9667	3,89593	,410	,234
Inicio-Ansiedad)	107	,00	18,00	7,2979	3,83585	,341	,234
N válido	107						

Todas las puntuaciones fueron clasificadas según los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala, a saber:

- 0-7 Normal
- 8-10 Dudoso
- =11 Problema clínico.

Los resultados obtenidos se presentan en las siguientes tablas. En las que puede comprobarse que el porcentaje de casos clínicos de ansiedad (Tabla 20) es superior en todas las medidas al porcentaje de casos clínicos de depresión. Además, en el caso de la ansiedad, dicho porcentaje varía poco de una fase a otra, manteniéndose casi el mismo porcentaje de casos clínicos a lo largo de todo el tratamiento. Sin embargo, en el caso de la depresión (tabla 21), dicho porcentaje aumenta a los tres meses respecto de la medida anterior, para después mantenerse estable hasta el final del tratamiento.

Tabla 20.

Recuento de casos clínicos de ansiedad en precirugía, y a los 3, 6 y 12 meses

		Recuento	% del N de columna
HAD1ANS	Normal	66	61,7%
	Dudoso	19	17,8%
	Problema clínico	22	20,6%
HAD2ANS	Normal	72	67,3%
	Dudoso	14	13,1%
	Problema clínico	21	19,6%
HAD3ANS	Normal	68	63,6%
	Dudoso	21	19,6%
	Problema clínico	18	16,8%
HAD4ANS	Normal	74	69,2%
	Dudoso	13	12,1%
	Problema clínico	20	18,7%

Tabla 21.

Recuento de casos clínicos de depresión en precirugía, y a los 3, 6 y 12 meses

		Recuento	% del N de tabla
HAD1DEP	Normal	93	86,9%
	Dudoso	12	11,2%
	Problema clínico	2	1,9%
HAD2DEP	Normal	89	83,2%
	Dudoso	10	9,3%
	Problema clínico	8	7,5%
HAD3DEP	Normal	86	80,4%
	Dudoso	14	13,1%
	Problema clínico	7	6,5%
HAD4DEP	Normal	87	81,3%
	Dudoso	12	11,2%
	Problema clínico	8	7,5%

En la Tabla 22 se pone de manifiesto la correlación significativa existente entre las distintas medidas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Esto puede estar en la línea de lo apuntado por algunos autores respecto al escaso poder discriminativo de ambas subescalas y la recomendación de utilizar una puntuación global, con puntuaciones de corte que variarían entre las distintas enfermedades médico-quirúrgicas (desde 12 en pacientes médicos con síntomas somáticos inexplicados, hasta 20 en pacientes en

cuidados paliativos) (Carey, Noble, Sanson Fisher & MacKenzie, 2012; Hall, A'Hern & Fallowfield, 1999; Herrmann, 1997; Spinhoven et al, 1997).

Tabla 22.
Correlación entre las medidas del HAD

	Inicio-ANS	Inicio-DEP	3M-ANS	3M-DEP	6M-ANS	6M-DEP	12M-ANS	12M-DEP
Inicio-ANS	1	,570 ⁽⁴⁾	,537**	,477**	,509**	,449**	,472**	,432**
Inicio-DEP	,570**	1	,441**	,506**	,546**	,537**	,527**	,517**
3M-ANS	,537**	,441**	1	,771**	,435**	,399**	,452**	,374**
3M-DEP	,477**	,506**	,771**	1	,471**	,534**	,501**	,535**
6M-ANS	,509**	,546**	,435**	,471**	1	,823**	,808**	,673**
6M-DEP	,449**	,537**	,399**	,534**	,823**	1	,725**	,774**
12M-ANS	,472**	,527**	,452**	,501**	,808**	,725**	1	,800**
12M-DEP	,432**	,517**	,374**	,535**	,673**	,774**	,800**	1

⁽⁴⁾La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Atendiendo a dicha recomendación, se obtuvieron las puntuaciones generales y se codificaron todas las puntuaciones en función de los mencionados puntos de corte. Los resultados obtenidos se presentan en las siguientes tablas. En la Tabla 23, se comprueba que estas medias generales apenas si cambian de una a otra medición y no responden a las exigencias de una distribución normal, al menos por lo que respecta a las tres últimas mediciones, dado que sus valores de asimetría duplican el error estándar. Por lo que respecta a los porcentajes de casos clasificados como pacientes, estos se mantienen entre el 39,3% de la primera medición y el 33,7% de la última (Tabla 24).

Tabla 23.
Medias generales del HAD

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Asimetría	Error estándar
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
HAD1GRAL	107	,00	25,00	10,8351	6,22333	,401	,234
HAD2GRAL	107	,00	29,00	11,2667	6,75417	,694	,234
HAD3GRAL)	107	,00	32,00	11,0543	7,44459	,613	,234
HAD4GRAL	107	,00	31,00	10,5729	7,90479	,733	,234
N válido	107						

Tabla 24.

Porcentaje de casos clasificados como no pacientes, pacientes médicos y pacientes paliativos

		Recuento	% del N de tabla
HAD1N	No-pacientes	65	60,7%
	Pacientes-médicos	30	28,0%
	Pacientes-en-cuidados-paliativos	12	11,2%
HAD2N	No-pacientes	67	62,6%
	Pacientes-médicos	24	22,4%
	Pacientes-en-cuidados-paliativos	16	15,0%
HAD3N	No-pacientes	67	62,6%
	Pacientes-médicos	26	24,3%
	Pacientes-en-cuidados-paliativos	14	13,1%
HAD4N	No-pacientes	71	66,4%
	Pacientes-médicos	19	17,8%
	Pacientes-en-cuidados-paliativos	17	15,9%

Se llevó a cabo un análisis de clasificación mediante el método de clústeres bietápico o en dos fases, con el fin de corroborar la tipología clasificatoria que se acaba de comentar. Dado que este tipo de análisis exige una serie de supuestos, entre ellos, la independencia de las variables y su ajuste a una distribución normal, supuesto este último que sólo parece cumplirse en la primera medida general del complejo ansiedad-depresión, se hallaron primero las correlaciones entre las distintas medidas generales de ansiedad y depresión. En la siguiente tabla, se puede comprobar que todas fueron significativas. Esto provocó, junto a lo apuntado sobre la normalidad de los datos, que la clasificación propuesta se hiciera sobre la base de las puntuaciones generales de ansiedad-depresión obtenidas al inicio del tratamiento.

Tabla 25.

Correlaciones de las medidas iniciales de ansiedad y depresión

	HAD-GRAL1	HAD-GRAL2	HAD-GRAL3	HAD-GRAL4
HAD-GRAL1	1	,598**	,589**	,557**
HAD-GRAL2	,598**	1	,502**	,516**
HAD-GRAL3	,589**	,502**	1	,824**
HAD-GRAL4	,557**	,516**	,824**	1

El modelo de clasificación resultante fue bueno con un coeficiente alto (.7) de la medida de silueta de la cohesión y separación. Resultando dos clústeres; el primero compuesto por 70 mujeres (65.54%), con una puntuación media ansiedad-depresión de 7.19 (Sd = 3.57), y el segundo conformado por 37 (34.6%), con una puntuación media de 17.72 (Sd = 3.86), siendo 1.89 la razón de tamaños, del clúster más grande al clúster más pequeño.

En el Gráfico 5 puede comprobarse que el Grupo 1, el de mayor tamaño, se caracteriza por tener las puntuaciones más bajas en todas las medidas de ansiedad y depresión, y el Grupo 2, justo por todo lo contrario (ver Tabla 26). Además, en la Tabla 27 puede comprobarse que las diferencias entre ambos grupos en las puntuaciones estandarizadas de las distintas medidas de ansiedad y depresión fueron significativas; de manera que el Grupo 2 (clasificados como pacientes) obtuvo de modo significativo puntuaciones más altas que el Grupo 1.

Tabla 26.

Estadísticos descriptivos por grupo y medida

Zscore HAD	Clústeres HAD	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Inicio-Ansiedad	Normal	70	-,5213172	,69004184	,08247577
	Paciente	37	,9862757	,70965046	,11666582
Inicio-Depresión	Normal	70	-,5136896	,65052422	,07775252
	Paciente	37	,9718453	,80593608	,13249508
M3-Ansiedad	Normal	70	-,3082579	,88666927	,10597725
	Paciente	37	,5831906	,95040478	,15624558
M3-Depresión	Normal	70	-,3024625	,85473379	,10216023
	Paciente	37	,5722264	1,01477196	,16682748
M6-Ansiedad	Normal	70	-,3061527	,84152743	,10058177
	Paciente	37	,5792078	1,02959664	,16926464
M6-Depresión	Normal	70	-,3050670	,83828255	,10019393
	Paciente	37	,5771538	1,03645936	,17039287
M12-Ansiedad	Normal	70	-,3112645	,83788639	,10014658
	Paciente	37	,5888788	1,02666550	,16878277
M12-Depresión	Normal	70	-,3252145	,79073822	,09451129
	Paciente	37	,6152706	1,07298167	,17639710

Agrupaciones

Importancia de entrada (predictor)
 ■ 1,0 ■ 0,8 ■ 0,6 ■ 0,4 ■ 0,2 ■ 0,0

Clúster	1	2
Etiqueta	Normal	Pacientes
Descripción	Puntuaciones Bajas en Ansiedad-Depresión	Puntuaciones Altas en Ansiedad-Depresión
Tamaño	65,4% (70)	34,6% (37)
Entradas	SMEAN(HAD1 GRAL) 	SMEAN(HAD1 GRAL)
Campos de evaluación	SMEAN (HAD_Ansiedad) 	SMEAN (HAD_Ansiedad)
	SMEAN (HAD_Depresión) 	SMEAN (HAD_Depresión)
	SMEAN (M3_HAD_Ansiedad_Sintomas) 	SMEAN (M3_HAD_Ansiedad_Sintomas)
	SMEAN(M3_HAD_Depresión_Sintomas) 	SMEAN(M3_HAD_Depresión_Sintomas)
	SMEAN (M6_HAD_Ansiedad_Sintomas) 	SMEAN (M6_HAD_Ansiedad_Sintomas)
	SMEAN(M6_HAD_Depresión_Sintomas) 	SMEAN(M6_HAD_Depresión_Sintomas)
	SMEAN(M12_HAD_Ansiedad_Sintomas) 	SMEAN(M12_HAD_Ansiedad_Sintomas)
	SMEAN(M12_HAD_Depresión_Sintomas) 	SMEAN(M12_HAD_Depresión_Sintomas)

Gráfico 5. Distribución de la ansiedad y depresión por grupos y medidas.

Dado el interés por analizar las relaciones entre el afrontamiento o ajuste a la enfermedad y las reacciones emocionales en los distintos momentos del tratamiento, también se hallaron las diferencias entre las medias de ambos grupos en las distintas medidas de ajuste mental al cáncer (ver la Tabla 28). En la tabla 28 puede comprobarse que el Grupo 2 puntúa más alto que el Grupo 1 en todas las medidas de desamparo, minimización y reactividad, mientras que el Grupo 1 lo hace en las medidas de espíritu de lucha, salvo en la medición efectuada a los tres meses, en la que también puntúa más alto el Grupo 2. Ahora bien, como se puede comprobar en la Tabla 29, las únicas comparaciones que arrojaron diferencias significativas fueron las

relativas a las tres primeras medidas de desamparo y a las medidas de reactividad tomadas al inicio del tratamiento y a los seis y doce meses, todas ellas indicativas de que el grupo de pacientes es el que puntúa más alto de forma significativa en ambas estrategias de ajuste a la enfermedad. Hallazgo que apunta en la misma dirección de las correlaciones bivariadas que se obtuvieron entre las medidas de ajuste mental al cáncer y las medidas generales obtenidas en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

En la Tabla 30 se puede comprobar que desamparo y reactividad emocional fueron las estrategias de ajuste que se relacionaron de forma más significativa y sistemática con las puntuaciones generales de la mencionada Escala Hospitalaria.

Dados estos antecedentes, se efectuó un análisis discriminante para estudiar la dependencia entre la variable criterio pertenencia a una de las categorías del modelo de clasificación resultante de las puntuaciones de ansiedad-depresión y varias variables explicativas medidas con escalas métricas; en particular, todas las medidas estandarizadas del ajuste mental al cáncer.

Primero, se comprobó la homocedasticidad o igualdad de las matrices de covarianza en cada grupo, imprescindible para la medición del efecto específico de las variables discriminantes o predictoras. En concreto, se obtuvo un estadístico de M de Box igual a 13.691 (10, 25545.681), con una probabilidad o significación igual a .221 confirmatoria del supuesto de la homocedasticidad.

Tabla 27.

Diferencias entre grupos en las puntuaciones estandarizadas de las distintas medidas de ansiedad y depresión.

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior	
Zscore: SMEAN(HAD_Ansiedad)	Se asumen varianzas iguales	,041	,840	-10,644	105	,000	-1,50759284	,14163381	-1,78842653	-1,22675915
	No se asumen varianzas iguales			-10,552	71,639	,000	-1,50759284	,14287465	-1,79243277	-1,22275292
Zscore: SMEAN(HAD_Depresión)	Se asumen varianzas iguales	1,214	,273	-10,328	105	,000	-1,48553489	,14383644	-1,77073597	-1,20033380
	No se asumen varianzas iguales			-9,670	61,273	,000	-1,48553489	,15362421	-1,79269781	-1,17837197
Zscore: SMEAN(M3_HAD_Ansiedad_Sintomas)	Se asumen varianzas iguales	,888	,348	-4,825	105	,000	-,89144848	,18476420	-1,25780177	-,52509519
	No se asumen varianzas iguales			-4,722	69,112	,000	-,89144848	,18879581	-1,26807497	-,51482199
Zscore: SMEAN(M3_HAD_Depresion_Sintomas)	Se asumen varianzas iguales	3,239	,075	-4,715	105	,000	-,87468891	,18552551	-1,24255172	-,50682610
	No se asumen varianzas iguales			-4,471	63,410	,000	-,87468891	,19562239	-1,26555962	-,48381820

Zscore: SMEAN(M6_HAD_Ansiedad_Sintomas)	Se asumen varianzas iguales	,660	,419	-4,785	105	,000	-,88536052	,18504278	-1,25226618	-,51845486
	No se asumen varianzas iguales			-4,497	61,886	,000	-,88536052	,19689391	-1,27896020	-,49176083
Zscore: SMEAN(M6_HAD_Depresion_Sintomas)	Se asumen varianzas iguales	3,822	,053	-4,764	105	,000	-,88222085	,18518554	-1,24940957	-,51503213
	No se asumen varianzas iguales			-4,463	61,371	,000	-,88222085	,19766779	-1,27743371	-,48700799
Zscore: SMEAN(M12_HAD_Ansiedad_Sintomas)	Se asumen varianzas iguales	1,993	,161	-4,882	105	,000	-,90014335	,18436229	-1,26569971	-,53458699
	No se asumen varianzas iguales			-4,587	61,813	,000	-,90014335	,19625738	-1,29247987	-,50780683
Zscore: SMEAN(M12_HAD_Depresion_Sintomas)	Se asumen varianzas iguales	3,999	,048	-5,155	105	,000	-,94048504	,18243429	-1,30221855	-,57875154
	No se asumen varianzas iguales			-4,700	57,177	,000	-,94048504	,20012077	-1,34119305	-,53977703

Tabla 28.

Diferencias entre las puntuaciones medias de los grupos de HAD y las diferentes medidas del estilo de afrontamiento.

Estadísticas de grupo					
	Clústeres HAD	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Desesperanza1	Normal	70	-,2019991	,83614834	,09993884
	Paciente	37	,3821604	1,00690783	,16553463
Minimizar1	Normal	70	-,1002027	,87318796	,10436592
	Paciente	37	,1895727	1,01868533	,16747084
Reactividad1	Normal	70	-,1829186	,85460016	,10214426
	Paciente	37	,3460623	,99768076	,16401771
Lucha1	Normal	70	,0599136	,84845610	,10140990
	Paciente	37	-,1133501	1,08783392	,17883880
Desesperanza2	Normal	70	-,1668016	,90946824	,10870225
	Paciente	37	,3155705	,87075366	,14315102
Minimizar2	Normal	70	-,0352843	,94288060	,11269579
	Paciente	37	,0667541	,88827754	,14603193
Reactividad2	Normal	70	-,1228054	,91575531	,10945369
	Paciente	37	,2323346	,91413505	,15028288
Lucha2	Normal	70	,0111575	1,03396860	,12358289
	Paciente	37	-,0211088	,69136570	,11365982
Desesperanza3	Normal	70	-,1827862	,81496775	,09740728
	Paciente	37	,3458118	1,01937716	,16758457
Minimizar3	Normal	70	-,0807886	,88686428	,10600056
	Paciente	37	,1528432	,97764338	,16072358
Reactividad3	Normal	70	-,1501656	,83770479	,10012487
	Paciente	37	,2840971	1,01399246	,16669933
Lucha3	Normal	70	-,0384961	,98356636	,11755867
	Paciente	37	,0728304	,79842228	,13125981
Desesperanza4	Normal	70	-,1227739	,93049505	,11121543
	Paciente	37	,2322750	,93105371	,15306429
Minimizar4	Normal	70	-,0336195	,94628575	,11310278
	Paciente	37	,0636045	,94258336	,15495975
Reactividad4	Normal	70	-,1971392	,80032345	,09565695
	Paciente	37	,3729661	1,07931274	,17743792
Lucha4	Normal	70	,0850364	,87956861	,10512856
	Paciente	37	-,1608796	1,04289859	,17145147

Tabla 29.

Diferencias significativas entre las medidas del HAD y el estilo de afrontamiento en las diferentes medidas.

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior	
Desamparo1	Se asumen varianzas iguales	2,248	,137	-3,199	105	,002	-,58415954	,18259616	-,94621400	-,22210508
	No se asumen varianzas iguales			-3,021	62,682	,004	-,58415954	,19336361	-,97060430	-,19771478
Minimizar1	Se asumen varianzas iguales	2,349	,128	-1,540	105	,127	-,28977539	,18814388	-,66282994	,08327916
	No se asumen varianzas iguales			-1,468	64,330	,147	-,28977539	,19732898	-,68394644	,10439566
Reactividad1	Se asumen varianzas iguales	3,354	,070	-2,872	105	,005	-,52898093	,18419100	-,89419766	-,16376420
	No se asumen varianzas iguales			-2,738	64,293	,008	-,52898093	,19322333	-,91495499	-,14300688
Lucha1	Se asumen varianzas iguales	2,624	,108	,909	105	,365	,17326376	,19053970	-,20454127	,55106878
	No se asumen varianzas iguales			,843	59,655	,403	,17326376	,20559008	-,23802655	,58455406
Desamparo2	Se asumen varianzas iguales	,082	,775	-2,648	105	,009	-,48237209	,18219466	-,84363045	-,12111374
	No se asumen varianzas iguales			-2,684	76,258	,009	-,48237209	,17974536	-,84034645	-,12439774
Minimizar2	Se asumen varianzas iguales	,284	,596	-,543	105	,588	-,10203837	,18791424	-,47463759	,27056085
	No se asumen varianzas iguales			-,553	77,337	,582	-,10203837	,18446047	-,46932055	,26524381
Reactividad2	Se asumen varianzas iguales	,070	,791	-1,909	105	,059	-,35514002	,18601933	-,72398198	,01370195
	No se asumen varianzas iguales			-1,910	73,528	,060	-,35514002	,18591679	-,72562687	,01534684

Lucha2	Se asumen varianzas iguales	1,067	,304	,171	105	,865	,03226626	,18919424	-,34287097	,40740349
	No se asumen varianzas iguales			,192	99,141	,848	,03226626	,16790260	-,30088307	,36541558
Desamparo3	Se asumen varianzas iguales	2,278	,134	-2,921	105	,004	-,52859798	,18096911	-,88742630	-,16976967
	No se asumen varianzas iguales			-2,727	60,812	,008	-,52859798	,19383696	-,91622314	-,14097283
Minimizar3	Se asumen varianzas iguales	1,471	,228	-1,251	105	,214	-,23363178	,18679153	-,60400488	,13674132
	No se asumen varianzas iguales			-1,213	67,469	,229	-,23363178	,19253100	-,61787619	,15061263
Reactividad3	Se asumen varianzas iguales	4,047	,047	-2,369	105	,020	-,43426266	,18334362	-,79779918	-,07072613
	No se asumen varianzas iguales			-2,233	62,421	,029	-,43426266	,19445734	-,82292516	-,04560015
Lucha3	Se asumen varianzas iguales	,061	,805	-,593	105	,555	-,11132653	,18786401	-,48382616	,26117311
	No se asumen varianzas iguales			-,632	87,532	,529	-,11132653	,17620777	-,46152852	,23887547
Desamparo4	Se asumen varianzas iguales	,127	,723	-1,877	105	,063	-,35504892	,18916705	-,73013223	,02003439
	No se asumen varianzas iguales			-1,877	73,375	,065	-,35504892	,18920240	-,73209627	,02199843
Minimizar4	Se asumen varianzas iguales	,054	,816	-,506	105	,614	-,09722407	,19207997	-,47808318	,28363503
	No se asumen varianzas iguales			-,507	73,666	,614	-,09722407	,19184567	-,47951374	,28506559
Reactividad4	Se asumen varianzas iguales	11,417	,001	-3,097	105	,003	-,57010531	,18409050	-,93512276	-,20508787
	No se asumen varianzas iguales			-2,828	57,435	,006	-,57010531	,20157993	-,97369591	-,16651472
Lucha4	Se asumen varianzas iguales	2,350	,128	1,289	105	,200	,24591603	,19081088	-,13242668	,62425875
	No se asumen varianzas iguales			1,223	63,477	,226	,24591603	,20111594	-,15592294	,64775501

Tabla 30.

Correlaciones entre MAC y HAD en las diferentes medidas.

Ajuste Mental	HAD-GRAL1	HAD-GRAL2	HAD-GRAL3	HAD-GRAL4
Desamparo1	,378**	,186	,255**	,132
Minimizar1	,122	,011	,030	-,035
Reactividad1	,323**	,303**	,230*	,213*
Lucha1	-,114	-,020	-,022	-,015
Desamparo2	,195*	,213*	,187	,154
Minimizar2	,091	,027	,183	,113
Reactividad2	,273**	,407**	,314**	,198*
Lucha2	-,039	-,077	-,015	,035
Desamparo3	,221*	,215*	,307**	,195*
Minimizar3	,117	,099	,081	,120
Reactividad3	,249**	,194*	,363**	,267**
Lucha3	,065	,061	,078	,034
Desamparo4	,153	,112	,219*	,248**
Minimizar4	-,044	-,053	,036	,010
Reactividad4	,252**	,205*	,413**	,317**
Lucha4	-,068	-,013	-,012	-,085

(*) La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

(**) La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas)

Se incluyeron de forma secuencial cuatro variables, de manera que en el paso 1 o escalón 1 se incluye la primera medida de desamparo, en el segundo (además de dicha medida de desamparo) se incluyó la medición de reactividad a los doce meses, y así de forma sucesiva. Todas ellas demostraron contribuir a diferenciar de forma significativa

entre las categorías de normales y pacientes, con valores respectivos de la F de Fisher significativos (ver la Tabla 31).

Tabla 31.

Valores de Fisher

Escalón	Especificado	Lambda de Wilks							
		Estadístico	df1	df2	df3	F exacta			
						Estadístico	df1	df2	Sig.
1	Desesperanza1	,911	1	1	105,000	10,235	1	105,000	,002
2	Reactividad4	,849	2	1	105,000	9,249	2	104,000	,000
3	Desesperanza3	,812	3	1	105,000	7,943	3	103,000	,000
4	Lucha4	,780	4	1	105,000	7,175	4	102,000	,000

Variables entradas

En cada paso, se entra la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

El número máximo de pasos es 32.

La F mínima parcial para entrar es 3.84.

La F máxima parcial para eliminar es 2.71.

El nivel F, la tolerancia o VIN no suficiente para un cálculo adicional.

Con dichas variables se logró una función discriminante (ver tabla 32), con un autovalor de .281, capaz de explicar un 100% de la varianza y una correlación canónica igual a .469, que demostró tener capacidad para diferenciar entre ambos grupos de forma significativa, con un valor del estadístico U de Wilks igual a .780 (4 gl) y un valor de Chi-cuadrado igual a 25.538 (4 gl), para una probabilidad o nivel de significación inferior a 0.0001.

Los coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica se presentan en la siguiente tabla, en la que se puede comprobar que la variable con mayor capacidad predictora es la reactividad emocional (a los 12 meses), seguida del desamparo (al inicio del tratamiento y a los 3 meses) y del espíritu de lucha que predice valores negativos de la variable categórica (clasificación en normal y paciente en función de las puntuaciones de ansiedad/depresión).

Tabla 32.

Coefficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función
	1
Desamparo1	,568
Desamparo3	,438
Reactividad4	,575
Lucha4	-,433

La media de dicha función discriminante en el grupo 1 (normal) es igual a -.382 y en el grupo 2 (paciente) igual a 0.723.

En la Tabla 33, se muestran los coeficientes de función de clasificación de las variables predictoras por clústeres, comprobándose que en el grupo de mujeres consideradas normales dichos coeficientes son negativos para las medidas de desamparo y reactividad, y positivos para el espíritu de lucha; mientras en el grupo de mujeres clasificadas como pacientes dichos coeficientes son positivos para las medidas de desamparo y reactividad, y negativos para el espíritu de lucha.

Dicha función discriminante permitió clasificar de forma correcta al 77.6% de los casos de la muestra, porcentaje superior al criterio de casualidad máxima (que coincide con el porcentaje de casos en el clúster mayor que es 65.4%), y fueron clasificados de forma correcta el 72,9% de casos agrupados según una validación cruzada, porcentaje también superior al criterio de causalidad proporcional. Por consiguiente, puede concluirse que la función discriminante tiene una buena capacidad predictiva.

En conclusión, todos los resultados aportados indican que existe una estrecha relación entre las estrategias de ajuste mental al cáncer y las reacciones hospitalarias de ansiedad y depresión; en particular, ponen de manifiesto que las estrategias que suponen afrontar la enfermedad con desamparo y reactividad emocional, así como una marcada falta de espíritu de lucha, predicen dichas reacciones hospitalarias de carácter ansiógeno y depresivo.

Tabla 33. Funciones discriminantes lineales de Fisher.

Coeficientes de función de clasificación	Clústeres HAD	
	Normal	Paciente
	Desesperanza1	-,241	,457
Desesperanza3	-,188	,356
Reactividad4	-,243	,459
Lucha4	,176	-,333
(Constante)	-,497	-1,323

En relación a la prevalencia de ansiedad y depresión en la muestra destacar que apenas varía de una medición a otra, resultados que coinciden con los obtenidos en otros

estudios longitudinales en lo que se hallaron prevalencias similares (Bidstrup et al 2015; Jones, Hadjistavropoulos & Gullickson, 2014; Kyranou et al, 2014). Según Saboonchi et al. (2014) un tercio de las pacientes de cáncer de mama experimentan ansiedad o depresión a lo largo del primer año post cirugía, que correspondería al porcentaje de mujeres clasificadas como pacientes en nuestro estudio. En su estudio con 971 mujeres seguidas a lo largo de un año, obtuvo un grupo de mujeres clasificadas como pacientes del 37.7 % en la primera medida, algo inferior al 39.2% de mujeres clasificadas como pacientes en este estudio. En la segunda medida realizadas a los cuatro meses el porcentaje identificado de pacientes fue del 26.7%, inferior al obtenido en este estudio a los tres meses (37.4%), y el 25.1% al año frente al 33.7 % de este estudio. A diferencia del de Saabonchi, el presente análisis tiene una menor variabilidad en cuanto a la prevalencia de ansiedad y depresión en las mujeres. Lo mismo sucede con el estudio de Andreu et al. (2012), que con una muestra de 102 mujeres con cáncer no metastásico, la prevalencia de ansiedad y depresión varió del 25% en la primera medida al 17% al año.

Las diferencias pueden deberse a la utilización de instrumentos de medida diferentes (Brief Symptom Inventory y la Courtauld Emotional Control Scale) y también a que la primera medida la realizaron en el momento de la sospecha del diagnóstico. Sin embargo, los autores lo atribuyen a que las pacientes estaban diagnosticadas en estadios muy tempranos de la enfermedad (I, y II), criterio que también cumplen las mujeres del presente estudio.

A los tres meses se produce un repunte en el puntaje de depresión, datos que coinciden con el estudio de Sabonchi et al (2014) que registraron este aumento a los 4 meses, aumento que ha sido relacionado con las fases iniciales del tratamiento, la intensificación de la conciencia de los síntomas (Millar et al., 2005, citado por Saabonchi,

pag. 603) y el fin de la reacción de la incredulidad inicial (Chochinov, 2001, citado por Saboonchi, pag. 603). En este sentido, estas causas también podrían ser de aplicación en este estudio para el repunte de la depresión que aparece al tercer mes y se mantiene hasta el año.

Estos resultados deben considerarse a la hora de planificar cuidados, especialmente en el periodo de tiempo comprendido de los 3 a los 4 meses, teniendo en cuenta que además la ansiedad y depresión, junto con la experiencia de síntomas adversos, han resultado ser buenos predictores del abandono de la hormonoterapia que aumenta en los 18 primeros meses de tratamiento (Bender et al, 2014) y que ha sido, en este estudio, uno de los grupos más vulnerables en cuanto al afrontamiento.

Por otra parte, es necesario resaltar que, según los resultados de este estudio, las estrategias que suponen afrontar la enfermedad con desamparo y reactividad emocional, así como la falta de espíritu de lucha predicen las reacciones de ansiedad y depresión. Si bien Andreu et al. (2012) no realizaron un análisis factorial del comportamiento del cuestionario MAC en su muestra, sí que hallaron relación entre la desesperanza y la preocupación ansiosa con los niveles de distrés. También se corresponden con los resultados de Cordova et al (2003) que encontraron una relación significativa entre el espíritu de lucha y el distrés en pacientes con cáncer, asociado a la inhibición emocional.

Como se citaba anteriormente muchos estudios avalan la relación entre estrategias de afrontamiento pasivas y malestar psicológico (Arraras, Wright, Jusue, Tejedor & Calvo, 2002; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992; Holland et al., 1998; Osowiecki & Compas, 1998).

Concretando, algunos autores hablan de la relación significativa entre las estrategias de afrontamiento desesperanza/desamparo y niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer (Boyes, Girgis, Zucca & Lecathelinais, 2009; Shimizu et al, 2015) y en concreto, en pacientes con cáncer de mama (Alcalar, Nilufer, Ozkan, Kucucuk, Aslay & Ozkan, 2012; Parelkar, Thompson, Miner & Stein, 2013; Rincon, Perez, Borda & Martin, 2010). Incluso, algunos autores sugieren que la desesperanza predice cambios en la CA15-3 (marcador tumoral para el seguimiento de los efectos del tratamiento en el cáncer de mama) que modula el estadio del cáncer de forma que a mayor desesperanza más altos niveles de CA15-3 (Gidron, Magen & Ariad, 2001), relacionándose relacionado con un peor pronóstico de la enfermedad (Garssen, 2004).

Sin bien se ha localizado algún estudio como el de Ferrero, Berlanga, Toledo y Barreto (1995) que identifican estrategias de afrontamiento que denominaron desadaptativas (como el “desamparo/desesperanza”, “fatalismo” y “preocupación ansiosa”) que no predicen alteraciones psicológicas, la mayoría de los estudios, incluyendo el presente, parecen respaldar el importante papel del estilo de afrontamiento en la aparición de ansiedad y depresión en los pacientes de cáncer en general, y en las mujeres con cáncer de mama en particular. Esta relación entre estrategias de afrontamiento negativas y ansiedad y depresión, sugieren la necesidad de valorar el distrés en las mujeres con cáncer de mama (Seok et al, 2013), en línea también con las indicaciones de la Guía para el cuidado psicosocial de los pacientes con cáncer (NCCN, 2008), y realizar intervenciones tempranas (Wade, Nehmy, & Koczwara, 2005) en las mujeres con puntuaciones altas en las escalas de ansiedad y depresión (Coyne & Lepore, 2006; Linden & Girgis, 2012).

El estilo de afrontamiento o ajuste mental al cáncer como variable predictora del consumo de analgésicos y psicofármacos

Realizamos distintos análisis de regresión logística binaria para comprobar en qué medida las estrategias de ajuste mental al cáncer son buenas predictoras del consumo de analgésicos y psicofármacos, controlando el efecto del observador (enfermeras encargadas de realizar los registros). En la práctica, no se obtuvieron efectos significativos, salvo en el caso de los 12 meses, en los que se obtuvo un efecto del desamparo. El modelo de regresión presentó un buen ajuste, según la prueba de Hosmer y Lemeshow, con $\chi^2(7) = 4.394$, para una $p = .733$, indicativa de que la probabilidad de los valores observados y pronosticados no difieren de forma significativa. El modelo permitió clasificar de forma correcta el 59.8% de los casos bien clasificados, de los cuales el 75.9% pertenecían al “No” y 39,5% al “Sí”, y reveló que la variable desamparo fue la única con un coeficiente significativo [$B = .476$ ($SE = .222$), $p = .032$]. Por consiguiente, el desamparo predijo de forma significativa el tomar analgésicos, no así psicofármacos, cuyos resultados no fueron significativos.

La modulación de los factores psicosociales en la experiencia dolorosa es bien conocida y muy especialmente la relación entre ansiedad, depresión y dolor, de manera que a mayor ansiedad y depresión mayor experiencia dolorosa (Taylor, 2003). Esta relación también aparece en mujeres supervivientes al cáncer de mama (Bredal, Smeby, Ottesen Warncke & Schlichting, 2015). En este caso, está descrito el dolor persistente más allá del tiempo de recuperación de los tejidos después de la intervención quirúrgica, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia (Belfer, 2013). En la revisión sistemática realizada por Schreider et al. (2014) señalan que al margen de las causas fisiopatológicas del dolor (daños anatómicos en la inervación del tórax y la axila,

respuesta inflamatoria crónica, sensibilización central), los factores psicosociales entre los que destacan los pensamientos catastrofistas, la ansiedad, la depresión y las alteraciones del sueño, tienen también un papel modulador de la respuesta dolorosa al margen del tipo de tratamiento recibido.

No se han localizado estudios que analicen la relación entre el ajuste mental al cáncer y el consumo de analgésicos. Generalmente, para medir el afrontamiento al dolor se utilizan otro tipo de escalas, entre la que se encuentra el CSQ (Coping Strategies Questionnaire) que mide otras estrategias diferentes a las medidas en el MAC. Por tanto, se requiere una mayor investigación para corroborar el desamparo como predictor del consumo de analgésicos, donde se controlen otras variables que influyan en la fisiopatología del dolor, variables que no han sido tenidas en cuenta en este estudio, aunque podríamos suponer que, si el desamparo predice la toma de analgésicos, la situación emocional es la que genera su mayor demanda al mediatizar la experiencia del dolor.

Tampoco hemos encontrado estudios que relacionen el consumo de psicofármacos con las estrategias de afrontamiento, aunque si se han estudiado algunos factores que pueden condicionar la aparición o aumento del uso de estos fármacos, especialmente, la edad, el número de ganglios linfáticos afectados, la comorbilidad y el tratamiento con antidepresivos el año anterior al diagnóstico (Andersen, Suppli, Dalton, Kroman, Rosenberg & Gögenur, 2015).

Calidad de vida relacionada con la salud: evolución, relación con el complejo ansiedad-depresión y el ajuste a la enfermedad.

Analizar la calidad de vida relacionada con la salud y sus cambios a lo largo del proceso terapéutico es otro de los objetivos planteados, así como indagar sus relaciones con las estrategias de ajuste mental a la enfermedad y las reacciones emocionales. Ello supone analizar la varianza de las distintas medidas de calidad de vida que se tomaron en diferentes momentos del proceso terapéutico (factor intra-sujeto) y la correspondiente a las categorías resultantes de la clasificación propuesta sobre la base de las puntuaciones generales de ansiedad-depresión (factor inter-sujetos), que recordese también representaban distintas estrategias de ajuste mental a la enfermedad. Es decir, se trata, en principio, de realizar un modelo lineal general de medidas repetidas, con un factor inter-sujetos que dividen la población en grupos, normales y pacientes; o si se prefiere, los que usan como estrategia de ajuste mental la lucha, la confrontación con la enfermedad, y no experimentan niveles elevados de ansiedad y depresión, y los que afrontan la enfermedad con desamparo y una marcada reactividad emocional que se traduce en niveles elevados de ansiedad y depresión.

Ahora bien, antes de entrar en ello, una vez más lo primero ha sido examinar la estructura latente de las respuestas dadas al Inventario de Calidad de Vida de la *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), con el fin de reducir los datos a los componentes principales del mismo. Para ello, en un primer momento, se realizó un **análisis factorial exploratorio (AFE)**, sin ningún tipo de restricción, empleando la versión 10.1 de la herramienta informática FACTOR (Lorenzo-Selva y Ferrando, 2015). Los detalles de este análisis pueden resumirse del siguiente modo:

- *Preparación de los datos para el análisis*: los valores perdidos fueron sustituidos por un valor registrado siguiendo el método Hot-Deck de múltiple imputación (Lorenzo-Seva & Van Ginkel, 2015).
- La *extracción de los factores* fue realizada por el método de mínimos cuadrados no ponderados (ULS), y para *determinar el número de dimensiones* se utilizó el procedimiento de Análisis Paralelo optimizado, basado en el mínimo rango de la matriz de correlaciones de Pearson (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011).
- Para la *obtención de la matriz factorial* simplificada se aplicó el procedimiento de rotación oblicua Promin (Lorenzo-Seva, 1999), con un máximo de 100 iteraciones.

Los resultados así obtenidos indicaron que:

1. La matriz de correlación era adecuada, pues la intercorrelación entre las respuestas a los ítems del inventario eran elevadas (el determinante de la matriz de correlación fue igual a cero), se halló que la matriz de correlación no se correspondía con la matriz identidad [$B = \chi^2(1275) = 3297.5, p = .000010$], y se determinó que la factorización era viable ($KMO > 0.5$).
2. Es posible reducir los datos a siete dimensiones que explican en conjunto algo más de la mitad de la varianza total de los datos (55,1%).

En consecuencia, realizamos un **análisis factorial confirmatorio (AFC)** mediante el procedimiento indicado, pero empleando ahora la rotación ponderada promax para la obtención de la matriz factorial. Dicho análisis presentó un índice de bondad de ajuste aceptable ($GFI = .96$). Además, la raíz media cuadrada de los residuos (RMSR) fue inferior (.0549) al valor medio esperado (.0971), criterio señalado por Kelly (1935; cit. por Cea D'Ancona, 2004) para evaluar el modelo como aceptable.

La primera dimensión tuvo un valor propio de 10.94 y explica un 22% de la varianza, en dicha dimensión saturan una serie de ítem que hacen referencia al deterioro funcional, la presencia de una sintomatología incapacitante y problemas de imagen corporal, todo lo cual parece confluir en la pérdida de autonomía personal, como resume bien el ítem de mayor carga (.586) en esta dimensión “Necesidad de ayuda para vestirse, lavarse o ir al aseo”, por lo que podría denominarse a esta dimensión “Dependencia”.

El segundo factor presenta un valor propio de 3.91 y explica un 7.9% de la varianza, saturando en el mismo una serie de ítem que se refieren a síntomas (como la diarrea o las úlceras de la boca) que hacen muy difícil disfrutar de determinadas actividades sociales, y otros que se refieren a la pérdida del deseo sexual y la “disminución de las relaciones sexuales”; en concreto, este último es el ítem que presenta una mayor carga en este factor (.749). Por todo ello, se ha denominado a este factor Anhedonia o pérdida de placer, sexual o de cualquier otro tipo (ANH).

La tercera dimensión tiene un valor propio de 3.28 y explica un 6.6% de la varianza. En ella concurren una serie de ítem que hacen referencia a la “Incapacidad para hacer esfuerzos importantes” (ítem 1 y 2), “Dificultad para hacer su trabajo o sus labores domésticas” (ítem 8 y 9) y la creencia de que la salud es cuestión de suerte (ítem 46). Por todo ello, y porque la mayoría de estos ítem están incluidos en la subescala original de Deterioro del estatus funcional, se ha denominado a esta dimensión Deterioro funcional y locus de control externo.

La cuarta dimensión presenta un valor propio igual a 2.67 y explica un 5.3% de la varianza. Tres son los ítems que saturan en ella, los cuales hacen referencia a síntomas específicos consecuencia o efectos secundarios de los tratamientos del cáncer: pérdida de

apetito, náuseas (el de mayor carga .976) y vomito. Por lo que se ha denominado a este factor Síntomas físicos específicos.

El quinto factor tiene un valor propio de 2.43 y explica un 4.9% de la varianza. Concurren en este factor una serie de ítem que se refieren al distrés psicológico (nerviosismo, incapacidad para reírse y divertirse), a las repercusiones de la enfermedad sobre la vida familiar y, sobre todo, a la percepción de la salud y la calidad de vida, pues los ítems que más saturan en este factor, aunque con carga negativa son: la puntuación global y reciente del estado físico (-.895) y de la calidad de vida (-.755). Por ello, se han invertido las puntuaciones de estos dos últimos ítem y se ha denominado al factor: Percepción de falta de salud y calidad de vida.

El sexto factor muestra un valor propio igual a 2.20 y da cuenta del 4.4% de la varianza total. En dicho factor saturan cuatro de los cinco ítem que conforman la escala original de Satisfacción con los cuidados médicos, siendo el que `presenta una carga mayor (.884) el que reza “El trato que recibo del médico es el adecuado”. Por todo ello, dicho factor podría denominarse como la escala original.

El último factor, el séptimo, tiene un valor propio de 2.01 y explica un 4% de la varianza total. Dicho factor está conformado por cuatro de los ítems incluidos en la escala original de síntomas físicos; en concreto, los que hacen referencia al dolor (.567), la necesidad de reposo (.867), el sentirse enferma (.626) y débil (.550). Por ello, se ha denominado a este factor Síntomas físicos generales.

Para representar a cada una de las dimensiones obtenidas, seguimos la misma estrategia que al analizar los componentes principales de la escala de ajuste mental a la enfermedad, es decir, elegir el ítem con coeficiente factorial más elevado y significado

más cercano a su definición (ver Cea D´Ancona, 2004, pág. 501). En particular, para el factor dependencia o falta de autonomía personal el ítem elegido fue el n° 7 que hace referencia a la necesidad de ayuda para vestirse, lavarse o ir al aseo, para el factor Anhedonia el ítem elegido ha sido el n° 40 que afirma la disminución de las relaciones sexuales, para el factor deterioro del estatus funcional elegimos el ítem n° 9 que se refiere a la dificultad, por la enfermedad, para trabajar o hacer las labores domésticas, para la dimensión de síntomas específicos el ítem elegido fue el n° 17 que se refiere a tener náuseas, la dimensión síntomas generales está representada por el ítem n° 12 que afirma la necesidad de hacer reposo por la enfermedad, el factor satisfacción con los cuidados médicos está representado por el ítem n° 48 que asevera que “*el trato que recibo del médico es el adecuado*” y, por último, el inverso de las puntuaciones del ítem n° 50 que se refiere al estado físico más contemporáneo.

En la Tabla 34 se muestra la fiabilidad estimada para cada uno de estos factores, en la que se puede comprobar que todos los coeficientes alfa fueron buenos.

Tabla 34.-

Fiabilidad para los factores extraídos de calidad de vida

Factores	Coefficiente alfa
Dependencia (F1)	.838
Anhedonia (F2)	.860
Deterioro (F3)	.866
Síntomas específicos (F4)	.877
Percepción de falta de salud y calidad de vida (F5)	.895
Satisfacción atención médica (F6)	.884
Síntomas generales (F7)	.857

No se han encontrado muchos artículos donde se haya realizado de forma previa un análisis factorial al cuestionario EORTC. Silva, Dias de Oliveira y Maciel (2013),

informan de un coeficiente alfa entre .72 y .86, y en el análisis confirmatorio confirmaron las escalas originales, aunque en la escala funcional y síntomas se redujo el número de ítems sobre la escala original, puesto en los ítems seleccionados (10 en la escala funcional y 9 en la de síntomas) explicaba el 38.58% de la varianza y el 35.78 % respectivamente. En este sentido, Dirmaier, Zaun, Koch, Harfst, y Schulz (2004) tampoco confirmaron la escala original y sugerían limitar los ítems.

Volviendo al análisis propuesto al comienzo, lo primero fue realizar la prueba de esfericidad de Mauchly, los resultados se presentan en la Tabla 35. En ella se comprueba que la esfericidad puede asumirse en el caso de las dimensiones de calidad de vida: deterioro del estatus funcional, satisfacción con los cuidados médicos y síntomas generales. En el resto de dimensiones no se puede asumir y debe utilizarse alguno de los correctores épsilon.

Tabla 35.-

Prueba de esfericidad de Mauchly

Efecto inter sujetos	Medida	W de Mauchly	Aprox. Chi-cuadrado	gl	Sig.	Épsilon ^b		
						Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Límite inferior
calidad_de_vida	Dependencia	,936	6,844	2	,033	,940	,966	,500
	Deterioro	,953	5,040	2	,080	,955	,981	,500
	Anhedonia	,943	6,058	2	,048	,946	,972	,500
	Síntomas1	,650	44,738	2	,000	,741	,756	,500
	Satisfacción	,989	1,109	2	,574	,990	1,000	,500
	Síntomas2	,995	,552	2	,759	,995	1,000	,500
	Percepción de falta de salud	,876	13,742	2	,001	,890	,913	,500

Prueba la hipótesis nula que la matriz de covarianzas de error de las variables dependientes con transformación ortonormalizada es proporcional a una matriz de identidad.

a. Diseño: Interceptación + TSC_1679

Diseño dentro de sujetos: calidad_de_vida

b. Se puede utilizar para ajustar los grados de libertad para las pruebas promedio de significación.

Las pruebas corregidas se visualizan en la tabla de pruebas de efectos dentro de sujetos.

En la tabla 36 se comprueba que tanto asumiendo la esfericidad como si no, se obtienen niveles críticos inferiores a .05 que permiten afirmar que el efecto de la fase de tratamiento es significativo para las siguientes dimensiones de calidad de vida: deterioro del estatus funcional, síntomas físicos específicos y generales, y percepción de falta de salud y calidad de vida. Por lo que se puede afirmar que la calidad de vida no es la misma en los tres registros efectuados.

Y en lo referente a la interacción de la calidad de vida y el complejo ansiedad-depresión, tanto si asumimos la esfericidad como si aplicamos algunos de los correctores épsilon, obtenemos niveles críticos por debajo de .05 para la dimensión percepción de falta de salud y calidad de vida, por lo que podemos afirmar que existe un efecto significativo de la interacción.

Esta interacción se ha descrito por otros autores tanto en mujeres con cáncer ginecológico (Van Amstel, Van Ham, Peters, Prins & Ottevanger, 2015) como con mujeres supervivientes al cáncer de mama según la revisión bibliográfica realizada por Wu y Harden (2015).

Teniendo en cuenta la incidencia en la calidad de vida de la ansiedad y la depresión, que los supervivientes tienen un mayor riesgo de depresión (Zhao et al., 2014), que las intervenciones tempranas de manejo del estrés previenen la depresión a los 5 años (Stagl et al, 2015) y que las terapias cognitivas tienen un efecto favorable en la ansiedad y la depresión, según una revisión sistemática de la Cochane (Jassim, Whitford, Hickey & Carter, 2015), parece obvio la necesidad de intervención en este sentido.

Tabla 36

Pruebas univariadas. Efecto del tratamiento sobre la calidad de vida

Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	Gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	
calidad_de_vida	Dependencia	Esfericidad asumida	,061	2	,030	1,230	,294
		Greenhouse-Geisser	,061	1,880	,032	1,230	,293
		Huynh-Feldt	,061	1,932	,032	1,230	,294
		Límite inferior	,061	1,000	,061	1,230	,270
	Deterioro	Esfericidad asumida	2,842	2	1,421	10,947	,000
		Greenhouse-Geisser	2,842	1,910	1,488	10,947	,000
		Huynh-Feldt	2,842	1,963	1,448	10,947	,000
		Límite inferior	2,842	1,000	2,842	10,947	,001
	Anhedonia	Esfericidad asumida	4,013	2	2,007	2,698	,070
		Greenhouse-Geisser	4,013	1,893	2,120	2,698	,073
		Huynh-Feldt	4,013	1,945	2,063	2,698	,071
		Límite inferior	4,013	1,000	4,013	2,698	,103
	Síntomas1	Esfericidad asumida	13,906	2	6,953	20,970	,000
		Greenhouse-Geisser	13,906	1,482	9,384	20,970	,000
		Huynh-Feldt	13,906	1,512	9,194	20,970	,000

Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	GI	Cuadrático promedio	F	Sig.
	Límite inferior	13,906	1,000	13,906	20,970	,000
	Esfericidad asumida	,307	2	,153	,515	,598
	Greenhouse-Geisser	,307	1,979	,155	,515	,596
	Huynh-Feldt	,307	2,000	,153	,515	,598
	Límite inferior	,307	1,000	,307	,515	,475
	Esfericidad asumida	11,097	2	5,549	16,308	,000
	Greenhouse-Geisser	11,097	1,989	5,578	16,308	,000
	Huynh-Feldt	11,097	2,000	5,549	16,308	,000
	Límite inferior	11,097	1,000	11,097	16,308	,000
	Esfericidad asumida	,138	2	,069	4,397	,013
	Greenhouse-Geisser	,138	1,780	,078	4,397	,017
	Huynh-Feldt	,138	1,826	,076	4,397	,016
	Límite inferior	,138	1,000	,138	4,397	,038
	Esfericidad asumida	,111	2	,055	2,237	,109
	Greenhouse-Geisser	,111	1,880	,059	2,237	,113
	Huynh-Feldt	,111	1,932	,057	2,237	,111
	Límite inferior	,111	1,000	,111	2,237	,138
calidad_de_vida * TSC_1679	Dependencia					

Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	GI	Cuadrático promedio	F	Sig.
Deterioro	Esfericidad asumida	,449	2	,225	1,731	,180
	Greenhouse-Geisser	,449	1,910	,235	1,731	,181
	Huynh-Feldt	,449	1,963	,229	1,731	,180
	Límite inferior	,449	1,000	,449	1,731	,191
Anhedonia	Esfericidad asumida	,362	2	,181	,243	,784
	Greenhouse-Geisser	,362	1,893	,191	,243	,772
	Huynh-Feldt	,362	1,945	,186	,243	,778
	Límite inferior	,362	1,000	,362	,243	,623
Síntomas1	Esfericidad asumida	,336	2	,168	,506	,604
	Greenhouse-Geisser	,336	1,482	,226	,506	,549
	Huynh-Feldt	,336	1,512	,222	,506	,553
	Límite inferior	,336	1,000	,336	,506	,478
Satisfacción	Esfericidad asumida	1,353	2	,677	2,273	,106
	Greenhouse-Geisser	1,353	1,979	,684	2,273	,106
	Huynh-Feldt	1,353	2,000	,677	2,273	,106
	Límite inferior	1,353	1,000	1,353	2,273	,135
Síntomas2	Esfericidad asumida	,705	2	,352	1,036	,357

Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	GI	Cuadrático promedio	F	Sig.	
		Greenhouse-Geisser	,705	1,989	,354	1,036	,356
		Huynh-Feldt	,705	2,000	,352	1,036	,357
		Límite inferior	,705	1,000	,705	1,036	,311
		Esfericidad asumida	,142	2	,071	4,529	,012
	Mala_percepción	Greenhouse-Geisser	,142	1,780	,080	4,529	,015
		Huynh-Feldt	,142	1,826	,078	4,529	,014
		Límite inferior	,142	1,000	,142	4,529	,036
		Esfericidad asumida	5,198	210	,025		
	Dependencia	Greenhouse-Geisser	5,198	197,426	,026		
		Huynh-Feldt	5,198	202,818	,026		
		Límite inferior	5,198	105,000	,050		
Error(calidad_de_vida)		Esfericidad asumida	27,258	210	,130		
	Deterioro	Greenhouse-Geisser	27,258	200,514	,136		
		Huynh-Feldt	27,258	206,081	,132		
		Límite inferior	27,258	105,000	,260		

Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	GI	Cuadrático promedio	F	Sig.
Anhedonia	Esfericidad asumida	156,180	210	,744		
	Greenhouse-Geisser	156,180	198,753	,786		
	Huynh-Feldt	156,180	204,220	,765		
	Límite inferior	156,180	105,000	1,487		
Síntomas1	Esfericidad asumida	69,627	210	,332		
	Greenhouse-Geisser	69,627	155,601	,447		
	Huynh-Feldt	69,627	158,806	,438		
	Límite inferior	69,627	105,000	,663		
Satisfacción	Esfericidad asumida	62,516	210	,298		
	Greenhouse-Geisser	62,516	207,797	,301		
	Huynh-Feldt	62,516	210,000	,298		
	Límite inferior	62,516	105,000	,595		
Síntomas2	Esfericidad asumida	71,451	210	,340		
	Greenhouse-Geisser	71,451	208,895	,342		

Origen	Medida	Tipo III de suma de cuadrados	GI	Cuadrático promedio	F	Sig.
	Huynh-Feldt	71,451	210,000	,340		
	Límite inferior	71,451	105,000	,680		
	Esfericidad asumida	3,301	210	,016		
	Greenhouse-Geisser	3,301	186,870	,018		
Percepción de falta de salud	Huynh-Feldt	3,301	191,678	,017		
	Límite inferior	3,301	105,000	,031		

En la tabla 37 se presentan las comparaciones por parejas de registros de calidad de vida, en ella comprobamos lo siguiente:

1. El deterioro del estatus funcional aumenta de forma significativa respecto de la fase inicial del tratamiento, tanto en el ecuador como al final del mismo.
2. Los síntomas físicos, tanto específicos como generales, son de modo significativo más frecuentes en la fase intermedia del tratamiento en comparación con el inicio y el periodo final del mismo.
3. La percepción de falta de salud y calidad de vida disminuye de modo significativo entre su primer y último registro.

Tabla 37.-

Comparaciones por parejas de registros de calidad de vida

Medida	(I) calidad_de_vida	(J) calidad_de_vida	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig. ^b	95% de intervalo de confianza para diferencia ^b	
						Límite inferior	Límite superior
Dependencia	1	2	-,006	,024	1,000	-,065	,053
		3	,027	,020	,510	-,021	,075
	2	1	,006	,024	1,000	-,053	,065
		3	,033	,024	,489	-,024	,091
	3	1	-,027	,020	,510	-,075	,021
		2	-,033	,024	,489	-,091	,024
Deterioro	1	2	-,242*	,052	,000	-,368	-,117
		3	-,122*	,047	,030	-,236	-,009
	2	1	,242*	,052	,000	,117	,368
		3	,120	,057	,109	-,018	,257
	3	1	,122*	,047	,030	,009	,236
		2	-,120	,057	,109	-,257	,018

		2	-,286	,128	,082	-,597	,025
	1	3	-,172	,134	,602	-,498	,153
Anhedonia	2	1	,286	,128	,082	-,025	,597
		3	,114	,109	,897	-,151	,378
	3	1	,172	,134	,602	-,153	,498
		2	-,114	,109	,897	-,378	,151
	1	2	-,505*	,089	,000	-,722	-,289
		3	-,098	,054	,223	-,229	,034
Síntomas1	2	1	,505*	,089	,000	,289	,722
		3	,408*	,099	,000	,168	,647
	3	1	,098	,054	,223	-,034	,229
		2	-,408*	,099	,000	-,647	-,168
	1	2	-,042	,077	1,000	-,230	,146
		3	,037	,082	1,000	-,163	,238
Satisfacción	2	1	,042	,077	1,000	-,146	,230
		3	,080	,076	,885	-,104	,263
	3	1	-,037	,082	1,000	-,238	,163
		2	-,080	,076	,885	-,263	,104
	1	2	-,476*	,085	,000	-,682	-,270
		3	-,192	,081	,057	-,389	,004
Síntomas2	2	1	,476*	,085	,000	,270	,682
		3	,284*	,086	,004	,075	,493
	3	1	,192	,081	,057	-,004	,389
		2	-,284*	,086	,004	-,493	-,075
	1	2	,017	,019	1,000	-,030	,065
		3	,052*	,020	,026	,005	,100
Mala_percepción	2	1	-,017	,019	1,000	-,065	,030
		3	,035	,015	,050	-4,413E-5	,071
	3	1	-,052*	,020	,026	-,100	-,005
		2	-,035	,015	,050	-,071	4,413E-5

Se basa en medias marginales estimadas

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.

b. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

La tabla 38 clarifica algo más el efecto de interacción entre los registros de la calidad de vida y el complejo ansiedad-depresión, particularizado en las categorías de normales y pacientes. Se comprueba en la misma que las pacientes puntúan de forma más alta y significativa en deterioro del estatus funcional en su último registro, en sintomatología específica en su registro inicial, en sintomatología general en su segundo registro, durante la fase intermedia del tratamiento, y en la percepción de falta de salud y calidad de vida en su primer registro. Es decir, las mujeres clasificadas como pacientes, durante todas las fases del tratamiento presentan una peor salud y calidad de vida que aquellas que fueron clasificadas como normales según sus bajas puntuaciones de ansiedad y depresión, que durante todo el tratamiento se caracterizaron por ajustarse al cáncer con una actitud positiva, de confrontación.

Tabla 38.-

Comparaciones entre parejas: factores de calidad de vida y grupos pacientes no pacientes en ansiedad y depresión.

Medida	calidad_de_vida	(I) Clústeres HAD	(J) Clústeres HAD	Diferencia de medias (I-J)	Error estándar	Sig. ^b	95% de intervalo de confianza para diferencia ^b	
							Límite inferior	Límite superior
Dependencia	1	Normal	Paciente	-,011	,043	,796	-,097	,075
		Paciente	Normal	,011	,043	,796	-,075	,097
	2	Normal	Paciente	-,053	,043	,225	-,138	,033
		Paciente	Normal	,053	,043	,225	-,033	,138
	3	Normal	Paciente	,043	,034	,205	-,024	,110
		Paciente	Normal	-,043	,034	,205	-,110	,024
Deterioro	1	Normal	Paciente	-,034	,071	,638	-,175	,108
		Paciente	Normal	,034	,071	,638	-,108	,175
	2	Normal	Paciente	-,090	,099	,367	-,286	,106
		Paciente	Normal	,090	,099	,367	-,106	,286
	3	Normal	Paciente	-,221*	,084	,010	-,388	-,054
		Paciente	Normal	,221*	,084	,010	,054	,388
Anhedonia	1	Normal	Paciente	-,178	,185	,339	-,545	,189
		Paciente	Normal	,178	,185	,339	-,189	,545
	2	Normal	Paciente	-,093	,213	,664	-,514	,329
		Paciente	Normal	,093	,213	,664	-,329	,514
	3	Normal	Paciente	-,266	,223	,235	-,707	,176
		Paciente	Normal	,266	,223	,235	-,176	,707
Síntomas1	1	Normal	Paciente	-,202*	,060	,001	-,322	-,082
		Paciente	Normal	,202*	,060	,001	,082	,322
	2	Normal	Paciente	-,327	,177	,068	-,678	,024
		Paciente	Normal	,327	,177	,068	-,024	,678
	3	Normal	Paciente	-,169	,096	,083	-,360	,022
		Paciente	Normal	,169	,096	,083	-,022	,360
Satisfacción	1	Normal	Paciente	-,114	,132	,390	-,375	,148
		Paciente	Normal	,114	,132	,390	-,148	,375
	2	Normal	Paciente	-,083	,141	,556	-,363	,196
		Paciente	Normal	,083	,141	,556	-,196	,363
	3	Normal	Paciente	,190	,142	,185	-,093	,472
		Paciente	Normal	-,190	,142	,185	-,472	,093
Síntomas2	1	Normal	Paciente	-,077	,123	,533	-,320	,167
		Paciente	Normal	,077	,123	,533	-,167	,320
	2	Normal	Paciente	-,314*	,150	,038	-,611	-,017
		Paciente	Normal	,314*	,150	,038	,017	,611
	3	Normal	Paciente	-,233	,145	,111	-,520	,055
		Paciente	Normal	,233	,145	,111	-,055	,520
Percepción de falta de salud	1	Normal	Paciente	-,117*	,035	,001	-,186	-,049
		Paciente	Normal	,117*	,035	,001	,049	,186
	2	Normal	Paciente	-,012	,020	,543	-,052	,027
		Paciente	Normal	,012	,020	,543	-,027	,052
	3	Normal	Paciente	-,042	,022	,067	-,086	,003
		Paciente	Normal	,042	,022	,067	-,003	,086

Se basa en medias marginales estimadas

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel ,05.

b. Ajuste para varias comparaciones: Bonferroni.

Los resultados expuestos ponen en evidencia que la calidad de vida de las mujeres evaluadas presenta cambios significativos de uno a otro de sus registros que, en términos generales, parecen indicar una mejora de la sintomatología específica y general, así como de la percepción de falta de salud y calidad de vida, efecto que parece ser más significativo cuando concurre una baja ansiedad y depresión, y un ajuste mental a la enfermedad optimista y de lucha o confrontación. Hallazgos que están en la línea de lo formulado en la hipótesis general de este estudio.

Para poner a prueba dicha tesis aplicamos el análisis de procesos de mediación, moderación y causas condicionales (Hayes, 2013); en concreto, pusimos a prueba el siguiente modelo en los distintos momentos de medida de las variables Calidad de vida, Ajuste mental (Espíritu de lucha) y Ansiedad-depresión (ver Gráfico 6):

- Variable resultado o criterio: La puntuación total en el Inventario de Calidad de Vida.
- Variable independiente: La puntuación del Espíritu de lucha.
- Variable mediadora: La puntuación total de Ansiedad y Depresión.

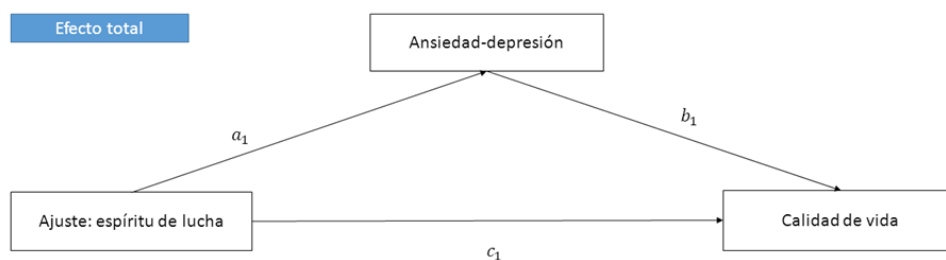
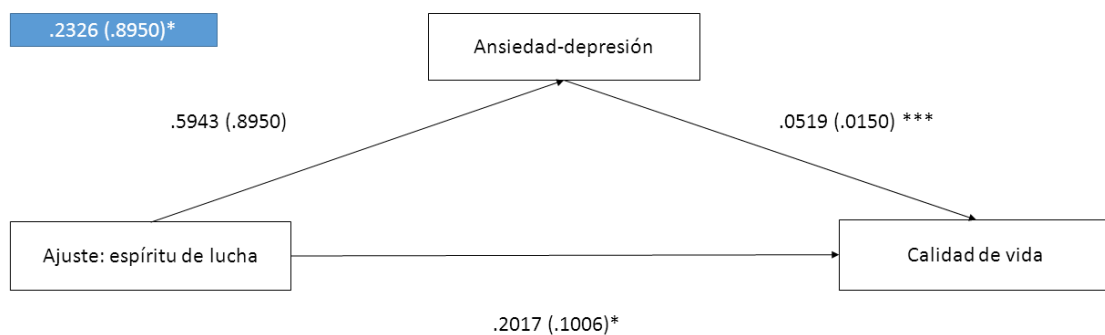


Gráfico 6. Modelo de mediación, moderación y causas condicionales para las variables Calidad de vida, Ajuste mental (Espíritu de lucha) y Ansiedad-depresión

Los resultados obtenidos sólo fueron significativos en la última medición de dichas variables; es decir, a los doce meses. En concreto, se obtuvieron los siguientes efectos:

1. Un efecto total del espíritu de lucha sobre la calidad de vida, con un coeficiente de .2326 y un error estándar igual a .8950 ($t=2.2977$; $p=.0240$; CI: .0314 y .4337).
2. Un efecto directo del espíritu de lucha sobre la calidad de vida, con un coeficiente de .2017 y un error estándar igual a .1006 ($t=2.0053$; $p=.0481$; CI: .0017 y .4017).
3. Un efecto directo del espíritu de lucha sobre la ansiedad-depresión, con un coeficiente de .5943 (SE=.8950) que no fue significativo ($t=.6640$; $p=.5085$; CI: -1.1847 y 2.3733).
4. Un efecto directo del complejo ansiedad-depresión sobre la calidad de vida, con un coeficiente .0519 (SE=.0150) significativo ($t=3.9578$, $p=.0008$; CI: .0220 y .0817).
5. Un efecto indirecto del espíritu de lucha sobre la calidad de vida, a través del complejo ansiedad-depresión que no fue significativo ($z=.6272$; $p=.5305$), con un coeficiente igual a .0318 (SE=.0491).



* $P < .05$; *** $< .001$

Gráfico 7. Resultados del modelo de mediación, moderación y causas condicionales para las variables Calidad de vida, Ajuste mental (Espíritu de lucha) y Ansiedad-depresión.

Por tanto, la hipótesis de partida sólo se confirmó parcialmente, aunque fue posible establecer el efecto directo del espíritu de lucha sobre la calidad de vida, no así el efecto mediador de la ansiedad-depresión.

Es difícil comparar los resultados obtenidos con los de otros estudios, puesto que tanto la medición de las variables como los análisis de datos realizados son diferentes. Ocampo (2011), utilizando la escala IncaVisa y la escala de afrontamiento Moos, concluyó que el estilo de afrontamiento predecía la calidad de vida, si bien su estudio fue transversal y en la muestra había mujeres en diferentes etapas del tratamiento. En nuestro trabajo hemos demostrado como varía el estilo de afrontamiento y la percepción de calidad de vida en función del momento en el que han sido medidas, lo que parece sugerir que ambas circunstancias son importantes a la hora de establecer las relaciones y predicciones entre factores.

Hutter et al. (2013) hallaron una fuerte relación entre ansiedad y depresión y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, aunque no resultaron determinantes de la misma, resultados que podrían explicar la falta de efecto mediador encontrado entre ansiedad y depresión y calidad de vida.

En un estudio transversal realizado entre supervivientes utilizando la valoración Funcional de Terapia del Cáncer General (FACT-G) y el MAC en mujeres con cáncer de mama, cáncer de útero, cáncer de ovario, cáncer cervical, y cáncer colorectal e intestinal, Nelson y Quian (2014) realizaron un Path Analysys (PA) encontrando un relación entre el espíritu de lucha y la calidad de vida con mediación de afecto positivo, y una relación ente fatalismo, con afecto negativo y peor calidad de vida.

Otros estudios asocian el espíritu de lucha con una calidad de vida más alta (Yeung & Lu, 2014), y en muchos estudios se analizan otras variables diferentes a las estudiadas en nuestro trabajo, que tratan de explicar la relación entre el ajuste a la enfermedad con la calidad de vida, la ansiedad y la depresión (Maners & Champion, 2011; Reich & Remor, 2014). Sousa, Guerra & Lencastre (2015) demostraron la capacidad predictiva de la alexitimia y la dimensión esperanza/optimismo en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. También se han analizado como predictores de calidad de vida variables relacionadas con la enfermedad y el tratamiento, como haber tenido una cirugía conservadora, tener un carcinoma papilar invasivo y no recibir radioterapia (Moro-Valdezate et al., 2014), o los síntomas físicos en mujeres con quimioterapia (Sucala et al., 2014).

Pero todos estos estudios citados tienen una característica común, su carácter transversal. De los pocos estudios longitudinales realizados, Schou (2005) analiza la relación entre el ajuste a la enfermedad a través del MAC, la calidad de vida medida con el EORTC y el optimismo y pesimismo medido con el LOT-R, en el momento del diagnóstico y a los 12 meses, concluyendo que el espíritu de lucha y la desesperanza se correspondían con el optimismo y pesimismo respectivamente y eran predictores de buena calidad de vida.

No hemos localizado otros estudios diferentes que hayan utilizado el modelo de mediación, moderación y causas condicionales (Hayes, 2013), seguramente por su reciente publicación, lo que ha condicionado que no se haya incorporado como modelo explicativo de las interrelaciones entre variables hasta ahora.

En cuanto a la evolución de la calidad de vida a lo largo del tiempo podemos resumir que la dimensión general de CVRS parece mejorar en poca medida entre la

primera y la última medición. El deterioro del estatus funcional parece aumentar y la sintomatología no experimenta cambios significativos entre su primer y último registro, mostrando sus valores medios más altos en la fase intermedia del tratamiento. Estos resultados son coherentes con la clínica, puesto que en la fase intermedia del tratamiento se producen abundantes síntomas secundarios del mismo, y son similares a los reportados por Wang, Hou y Shi (2004) que en un estudio longitudinal a supervivientes de cáncer de mama midieron la calidad de vida a los 6, 12, 14 y 60 meses, obteniendo los peores resultados en la medida de los seis meses.

Rottmann, Dalton, Christensen, Frederiksen y Johansen (2010), en una muestra de 684 mujeres, encontraron también una escasa diferencia, estadísticamente no significativa, en las puntuaciones de calidad de vida, medida con el EORTC, al mes y los 12 meses postdiagnóstico. En su estudio no se realizaron mediciones intermedias.

Uno de los resultados que pueden llamar la atención es la aparición de síntomas específicos como náuseas antes de la cirugía, en las mujeres de este estudio, puesto que la aparición de estos síntomas está relacionada con los efectos secundarios del tratamiento, fundamentalmente la quimioterapia, que aún no se les ha administrado. Sin embargo, este hecho ha sido observado en otros estudios que han analizado los síntomas desde el prediagnóstico y han comprobado el impacto en la calidad de vida de dichos síntomas (Denieffe, Cowman & Gooney, 2014).

Según apunta Delgado et al (2011), en todos los estudios realizados en población española se ha demostrado un efecto de las variables psicológicas en la calidad de vida, sin embargo, es necesario seguir profundizando en la calidad de vida de forma que se obtengan más resultados para planificar el cuidado de estas mujeres. En este sentido este estudio viene a profundizar este conocimiento.

Dimensiones de calidad de vida y tratamientos farmacológicos

Aplicamos el modelo de regresión logística binaria con el fin de comprobar si las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud predecían la prescripción y el consumo de fármacos (No/Sí). Se obtuvo un modelo para la fase final del tratamiento (a los doce meses) con buen ajuste [$\chi^2(8) = 13.847$, $p = .086$] y capacidad predictiva, clasificando correctamente el 69.2% de los casos (78.8% de no consumo y 56.4% de consumo), siendo la variable percepción de falta de salud y calidad de vida la que presentó un coeficiente Beta significativo [$B=15.834$ ($SE=6.114$), $p = .010$]; de manera que dicha variable puede ser considerada un buen predictor de la toma de analgésicos.

En el caso de los psicofármacos, también se obtuvo al final del tratamiento un modelo con buen ajuste [$\chi^2(8) = 5.454$, $p = .708$] y capacidad predictiva, que permitió clasificar de forma correcta el 73.6% de los casos, el 66% de no consumo y el 82.9% de consumo. Revelándose la variable síntomas generales como la mejor predictora, con un coeficiente Beta significativo [$B = 1.430$ ($SE = .594$), $p = .016$].

Resumiendo, las dimensiones de calidad de vida, percepción de falta de salud y síntomas generales predijeron de forma significativa y de forma respectiva el consumo de analgésicos y psicofármacos.

No abunda en la literatura científica artículos que relacionen la calidad de vida y el consumo de fármacos, y aún menos, por no decir que no hemos encontrado ninguno, donde se utilice la calidad de vida como predictora del consumo de fármacos. Wu, Natavio, Teofanes y Yarandi (2015) encontraron en un estudio transversal con mujeres con cáncer de mama, que la medicación adyuvante con analgésicos no reduce el dolor ni mejora la calidad de vida, especialmente en la categoría de sueño y síntomas emocionales

del EORTC. A partir de este hallazgo especulaban si la medicación se prescribía a las mujeres con más síntomas o más comorbilidad, sosteniendo la hipótesis que estas mujeres experimentan mayor dolor y problemas y tienen más dificultades en mantener el bienestar que las que no requieren tratamiento analgésico. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas en la comorbilidad entre las mujeres que recibían farmacoterapia analgésica y las que no. En cualquier caso, en este estudio no se tuvo en cuenta el tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica hasta el momento de la medida de las variables y por tanto, no se pueden comparar resultados con nuestro estudio longitudinal.

Con supervivientes de cáncer de mama a los cinco años, Peuckmann et al (2009) realizaron una regresión múltiple y encontraron relaciones significativas entre una pobre calidad de vida y un gran consumo de fármacos, siendo variables predictoras la edad, el bajo nivel educativo, no tener pareja, radioterapia y un tiempo menor a diez años desde la intervención quirúrgica. Sin embargo, la medición de la CVRS no la hicieron con el cuestionario EORTC y por tanto no pude establecerse una comparativa.

Valoración enfermera: Patrones funcionales de Gordon

Dado que los patrones funcionales de Gordon fueron evaluados por 8 enfermeras/os, cada uno de los cuales evaluó a un número distinto de pacientes, lo primero que hicimos fue comprobar si tuvieron un comportamiento diferencial a la hora de juzgar estos patrones, para ello aplicamos una prueba no-paramétrica, en concreto la prueba de Jonckheere-Terpstra que puso de manifiesto una distribución desigual de las categorías del patrón autopercepción-autoconcepto en función del juez ($J-T=2.212$,

$p=.027$). En todos los demás casos las diferencias en las distribuciones de las categorías de los patrones no fueron significativas. Por tanto, podría decirse que los jueces aplicaron de forma similar los criterios de valoración de los patrones funcionales de Gordon, excepto en el caso del mencionado patrón que fue excluido de los análisis posteriores, pues sus medidas no pueden considerarse fiables (ver Tabla 39).

Tabla 39

Comportamiento diferencial de los jueces en la valoración de los patrones funcionales de salud

	Patrón 1: Percepción – manejo de salud	Patrón 2: Nutricional – metabólico	Patrón 3: Eliminación	Patrón 4: Actividad – ejercicio
Número de niveles en Observadora	8	8	8	8
N	107	104	104	104
Estadístico J-T observado	2374,500	2038,500	2079,500	2104,000
Estadístico J-T de media	2295,000	2183,000	2183,000	2183,000
Desviación estándar del estadístico J-T	121,712	131,417	110,843	145,115
Estadístico J-T estándar	,653	-1,100	-,934	-,544
Sig. asintótica (bilateral)	,514	,272	,350	,586

Prueba de Jonckheere-Terpstra^a				
	Patrón 5: Sueño – descanso	Patrón 6: Cognitivo – perceptivo	Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto	Patrón 8: Rol – relaciones
Número de niveles en Observadora	8	8	8	8
N	102	104	103	101
Estadístico J-T observado	2062,000	2092,500	2425,000	1998,500
Estadístico J-T de media	2094,500	2175,000	2141,000	2047,500
Desviación estándar del estadístico J-T	142,746	147,543	128,415	39,940
Estadístico J-T estándar	-,228	-,559	2,212	-1,227
Sig. asintótica (bilateral)	,820	,576	,027	,220

Prueba de Jonckheere-Terpstra^a				
	Patrón 9: Sexualidad y reproducción	Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés	Patrón 11: Valores – creencias	
Número de niveles en Observadora	7	8	8	8
N	60	102	102	84
Estadístico J-T observado	692,000	1832,500	1832,500	1321,500
Estadístico J-T de media	686,000	2094,000	2094,000	1350,000
Desviación estándar del estadístico J-T	32,489	145,568	145,568	45,832
Estadístico J-T estándar	,185	-1,796	-1,796	-,622
Sig. asintótica (bilateral)	,853	,072	,072	,534

a. Variable de agrupación: Observadora

Seguidamente, realizamos una clasificación de los patrones mediante un clúster jerárquico que propuso una solución de agrupamiento en 8 clústeres (ver gráficos 7 y 8), de tal manera que los patrones relaciones, sexualidad y reproducción y creencias, podían

considerarse como uno sólo, al que denominamos relaciones y que distribuimos en tres categorías “completamente alterado” (cuando un mínimo de dos de dichos patrones habían sido clasificados como ineficaces), “parcialmente alterado” (cuando uno de estos patrones había sido clasificado como ineficaz) y “eficaz” (cuando todos los patrones habían sido clasificados como eficaces).

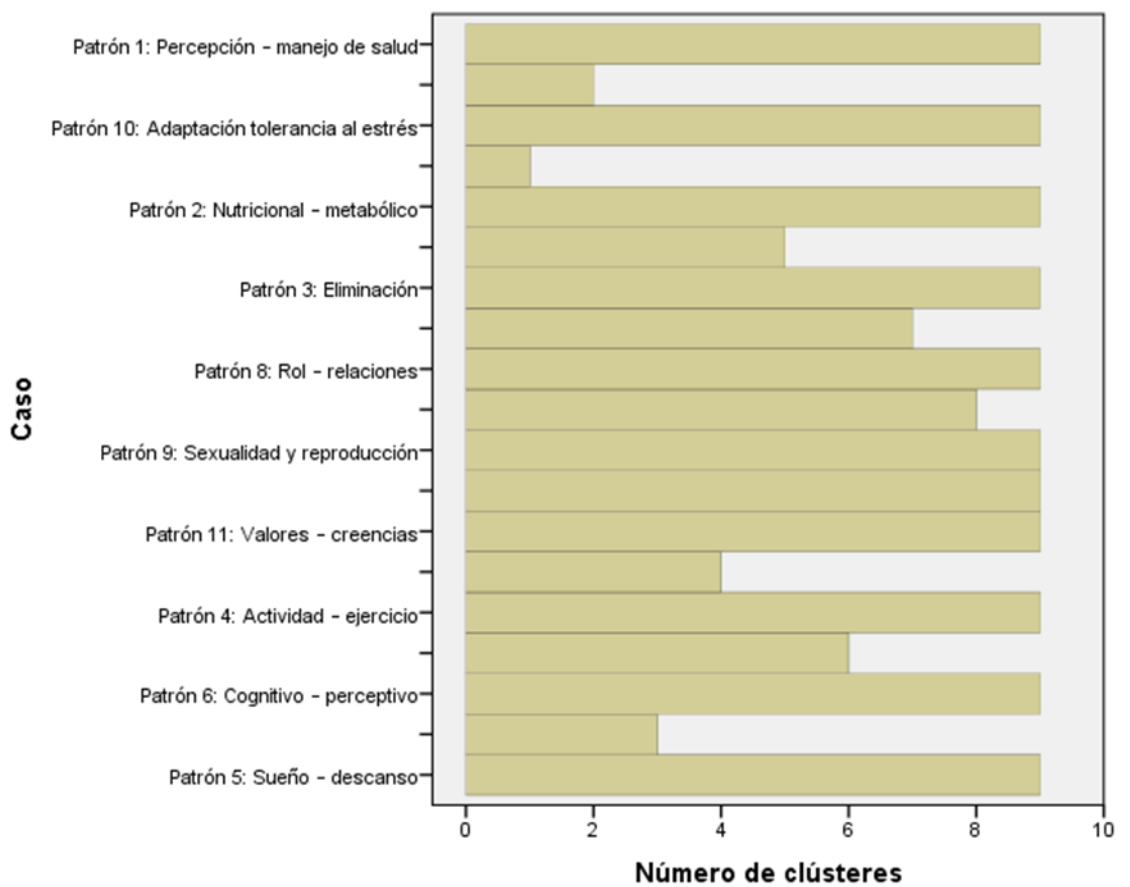


Gráfico 8. Gráfico de Témpanos patrones funcionales de salud.

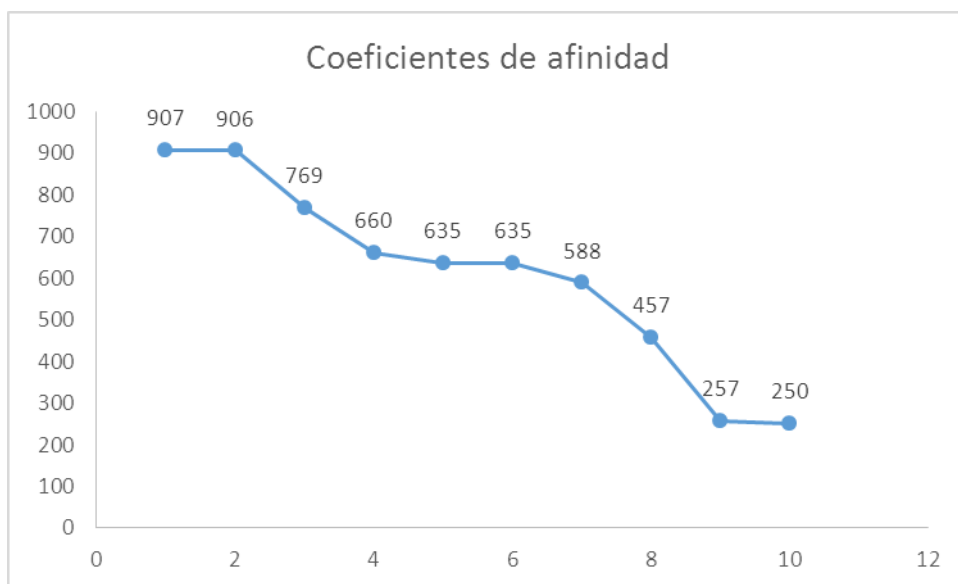
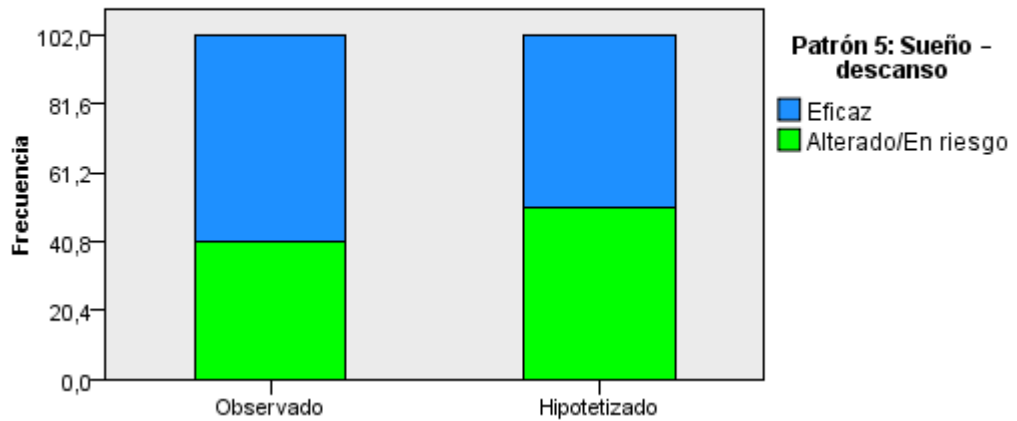


Gráfico 9.- Coeficientes de afinidad patrones funcionales de salud.

Las pruebas no paramétricas aplicadas para comprobar si las categorías de cada uno de los patrones se distribuían con la misma probabilidad (ver Tabla 4), pusieron de manifiesto que estas se produjeron con igual probabilidad en los siguientes casos: sueño-descanso ($p = .060$), cognitivo-perceptivo ($p = .096$) y adaptación y tolerancia al estrés ($p = 1$); (ver los gráficos 10, 11 y 12).

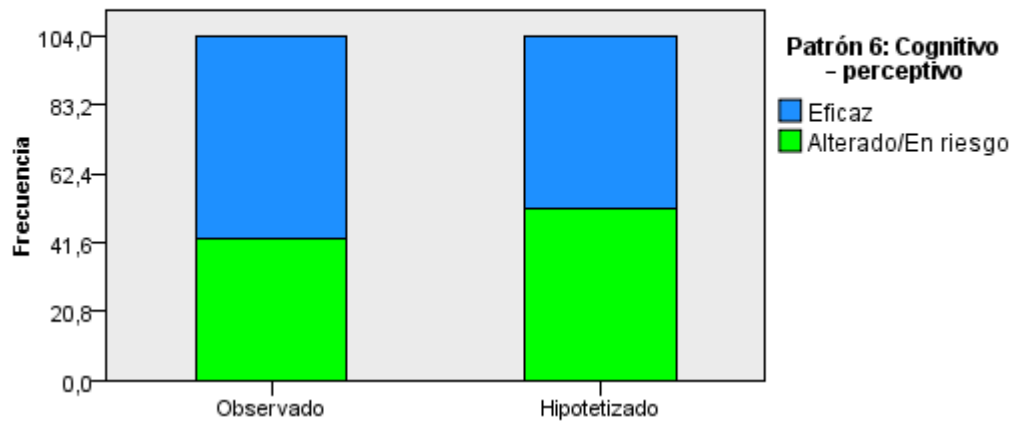
Prueba binomial para una muestra



N total	102
Estadístico de contraste	61,000
Error estándar	5,050
Estadístico de contraste estandarizado	1,881
Significación asintótica (prueba bilateral)	,060

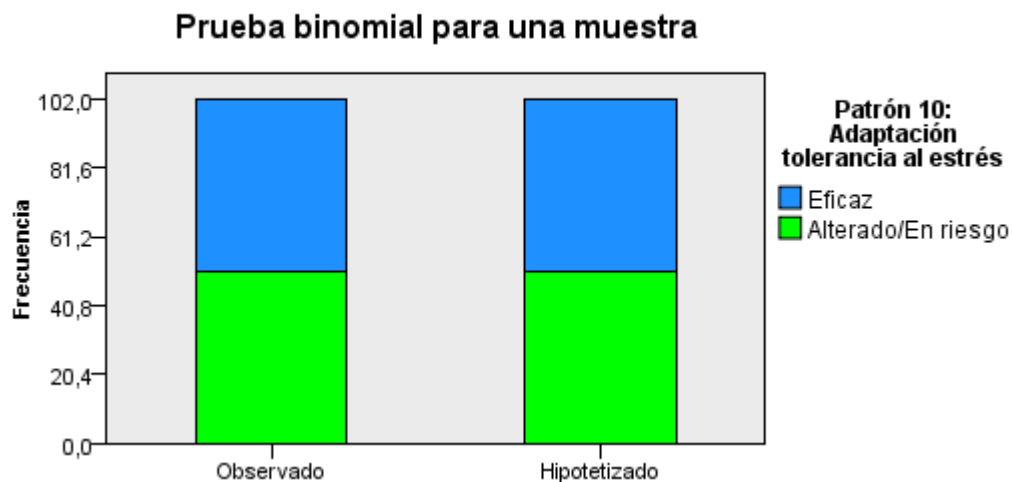
Gráfico 10.- Distribución de probabilidad. Patrón sueño- descanso

Prueba binomial para una muestra



N total	104
Estadístico de contraste	61,000
Error estándar	5,099
Estadístico de contraste estandarizado	1,667
Significación asintótica (prueba bilateral)	,096

Gráfico 9.- Distribución de probabilidad. Patrón cognitivo- perceptivo

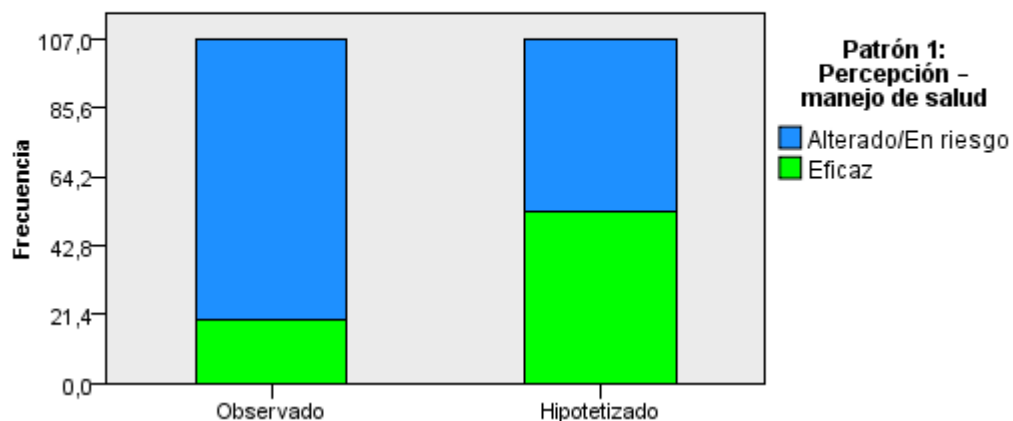


N total	102
Estadístico de contraste	51,000
Error estándar	5,050
Estadístico de contraste estandarizado	,000
Significación asintótica (prueba bilateral)	1,000

Gráfico 10.- Distribución de probabilidad. Patrón adaptación tolerancia al estrés

En el resto de patrones, dichas probabilidades fueron de forma significativa distintas, aunque sólo en el patrón percepción-manejo de la salud la probabilidad de la categoría alterado fue mayor a la de la categoría eficaz ($p = .0001$), en todos los demás casos, la probabilidad de la categoría eficaz fue superior, con probabilidades de error iguales a $.0001$, salvo en el caso del patrón actividad-ejercicio que fue igual a $.014$ (ver gráficos 13,14, 15,16 y 17).

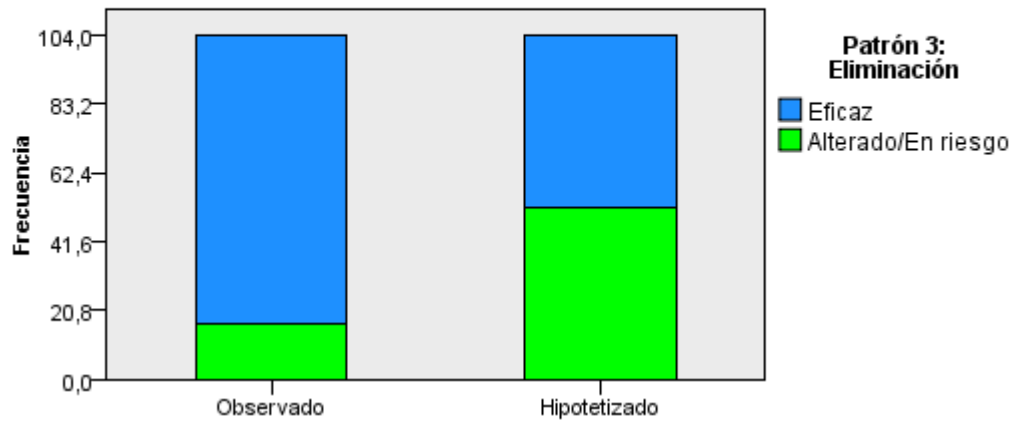
Prueba binomial para una muestra



N total	107
Estadístico de contraste	87,000
Error estándar	5,172
Estadístico de contraste estandarizado	6,380
Significación asintótica (prueba bilateral)	,000

Gráfico 11.- Distribución de probabilidades. Patrón percepción –manejo de la salud

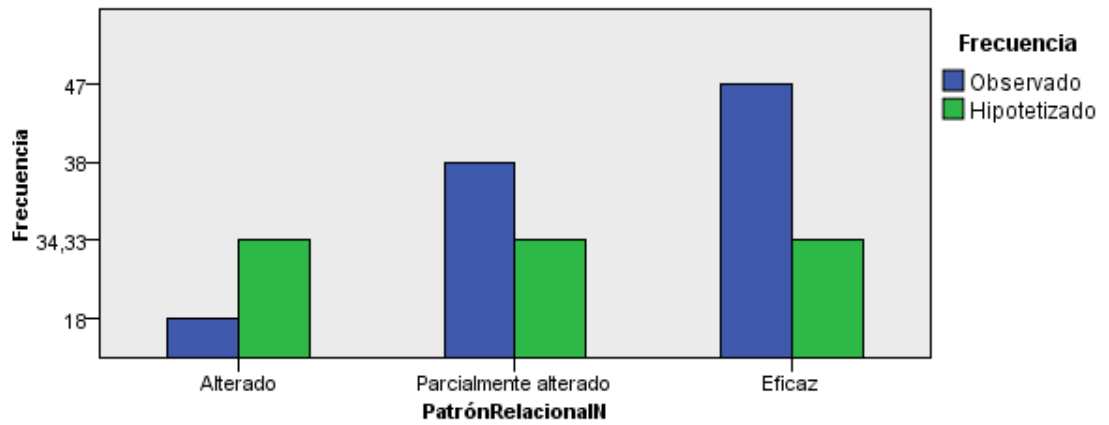
Prueba binomial para una muestra



N total	104
Estadístico de contraste	87,000
Error estándar	5,099
Estadístico de contraste estandarizado	6,766
Significación asintótica (prueba bilateral)	,000

Gráfico 12.- Distribución de probabilidades. Patrón eliminación

Prueba de chi-cuadrado para una muestra

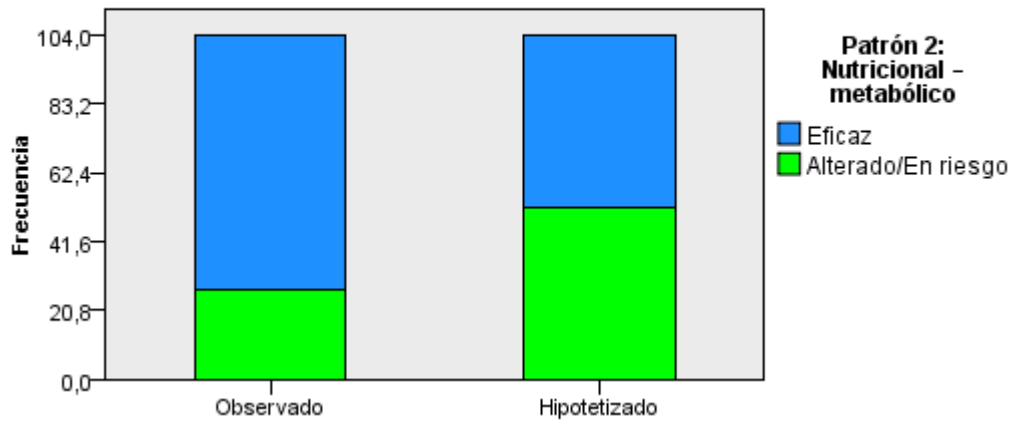


N total	103
Estadístico de contraste	12,835
Grados de libertad	2
Significación asintótica (prueba bilateral)	,002

1. Hay 0 casillas (0%) con valores esperados menores que 5. El valor esperado mínimo es 34,333.

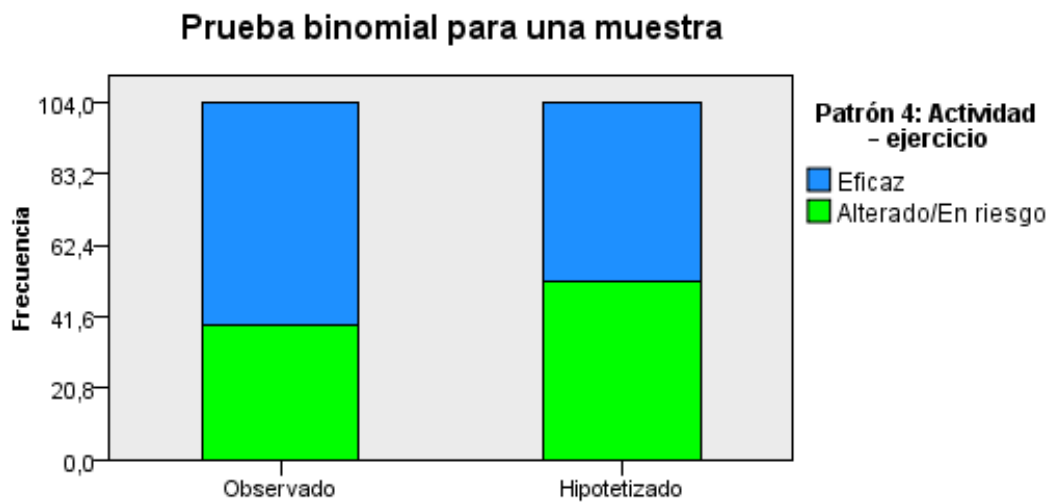
Gráfico 13.- Distribución de probabilidad. Patrón Relaciones

Prueba binomial para una muestra



N total	104
Estadístico de contraste	77,000
Error estándar	5,099
Estadístico de contraste estandarizado	4,805
Significación asintótica (prueba bilateral)	,000

Gráfico 14 Distribución de probabilidades Patrón nutricional-metabólico



N total	104
Estadístico de contraste	65,000
Error estándar	5,099
Estadístico de contraste estandarizado	2,451
Significación asintótica (prueba bilateral)	,014

Gráfico 15 Distribución de probabilidades. Patrón actividad-ejercicio

Podría decirse, por tanto, que en principio las mujeres participantes gozaban de buena salud, en términos generales, según el criterio de los jueces. Lo que parece coincidir también con el criterio de las pacientes, pues en la dimensión del test de calidad de vida percepción de la salud, se obtuvo una media de 5,0062 sobre un máximo posible de 7 puntos, con una desviación estándar de 1.12479.

Tabla 40.- Resumen de contraste de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las categorías definidas por Patrón 1: Percepción – manejo de salud = Alterado/En riesgo y Eficaz se producen con probabilidades 0,5 y 0,5.	Prueba binomial para una muestra	,000	Rechace la hipótesis nula.
2	Las categorías definidas por Patrón 2: Nutricional – metabólico = Eficaz y Alterado/En riesgo se producen con probabilidades 0,5 y 0,5.	Prueba binomial para una muestra	,000	Rechace la hipótesis nula.
3	Las categorías definidas por Patrón 3: Eliminación = Eficaz y Alterado/En riesgo se producen con probabilidades 0,5 y 0,5.	Prueba binomial para una muestra	,000	Rechace la hipótesis nula.
4	Las categorías definidas por Patrón 4: Actividad – ejercicio = Eficaz y Alterado/En riesgo se producen con probabilidades 0,5 y 0,5.	Prueba binomial para una muestra	,014	Rechace la hipótesis nula.
5	Las categorías definidas por Patrón 5: Sueño – descanso = Eficaz y Alterado/En riesgo se producen con probabilidades 0,5 y 0,5.	Prueba binomial para una muestra	,060	Conserve la hipótesis nula.
6	Las categorías definidas por Patrón 6: Cognitivo – perceptivo = Eficaz y Alterado/En riesgo se producen con probabilidades 0,5 y 0,5.	Prueba binomial para una muestra	,096	Conserve la hipótesis nula.
7	Las categorías definidas por Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés = Eficaz y Alterado/En riesgo se producen con probabilidades 0,5 y 0,5.	Prueba binomial para una muestra	1,000	Conserve la hipótesis nula.
8	Las categorías de Patrón Relacional se producen con probabilidades de igualdad.	Prueba de chi-cuadrado para una muestra	,002	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Exploramos las relaciones entre la percepción de los jueces y la de las propias pacientes, para ello realizamos correlaciones no paramétricas mediante la prueba Tau-b de Kendall entre las medidas de los patrones y las dimensiones del test de calidad de vida relacionada con la salud, obteniendo relaciones significativas entre ambos parámetros en el caso del patrón adaptación y tolerancia al estrés y la percepción de la salud [$\tau (102) =$

.246, $p = .004$], de tal manera que mientras más eficaz es dicho patrón más alta es la percepción de salud. Además, dicho patrón presentó una correlación significativa con la clasificación de normal y pacientes en el test de ansiedad y depresión [$\tau (102) = -.328$, $p = -.001$], de manera que a mayor adaptación y tolerancia del estrés mayor normalidad en ansiedad y depresión.

Seguidamente exploramos las posibles relaciones entre dichos patrones y las estrategias de ajuste mental al cáncer y obtuvimos coeficientes de correlación significativos de dos de estos patrones con el espíritu de lucha (media total); en concreto, el patrón nutricional [$\tau (104) = .188$, $p = .031$] y el patrón eliminación [$\tau (104) = .173$, $p = .049$]. Puede afirmarse, por tanto, que mientras más eficaces son dichos patrones mayor es la puntuación en el espíritu de lucha.

Los patrones funcionales de salud de Gordon son un método consolidado de valoración enfermeras de personas que han sido sometidos a análisis psicométricos previamente (Jones et al 2012). Los resultados de este estudio no pueden ser comparados puesto que no se ha localizado estudios similares donde se hayan relacionado ítems de escalas de calidad de vida con los resultados de la valoración enfermera. Destaca el paralelismo entre la valoración enfermera del patrón percepción de salud y la valoración que las mujeres dan a su calidad de vida, de manera que tanto unas como otras coinciden en que hay una buena calidad de vida en el momento prequirúrgico, lo que indicaría que en este estudio este patrón da una información clínicamente relevante sobre lo que las pacientes perciben de su propia salud. También la valoración del patrón de tolerancia y adaptación al estrés ha dado información clínica relevante, puesto que su eficacia o no eficacia correlacionó con las mujeres clasificadas en normal y pacientes en ansiedad y

depresión, de forma que a patrón eficaz menor ansiedad y estrés. Por tanto, la valoración de un patrón no eficaz en adaptación y tolerancia al estrés podría inducir a pensar que en estas mujeres, aunque en ese momento no aparezcan signos y síntomas de ansiedad o depresión, el riesgo de padecerlas es mayor que cuando se valora el patrón como eficaz.

Por último, señalar la relación entre espíritu de lucha y patrones eficaces en nutrición y eliminación. Si bien no se han localizado artículos donde se relacione ambos conceptos, la relación entre conductas saludables y estrategias de afrontamiento activas son conocidas. Bandura (1991, citado por Taylor) define el sentido de autoeficacia como la creencia de que uno mismo es capaz de controlar su conducta. En el escala de autoeficacia, algunos de los ítems (puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente, me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas, tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados, gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas, cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles, venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo, si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer, al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo) se refieren a estrategias activas de afrontamiento, donde también se sitúa el espíritu de lucha. Por tanto, si bien no son comparables, sí que podríamos establecer un paralelismo que debe ser investigado.

En este sentido, Quiles y Terol (2008) relacionan los trastornos alimentarios con un estilo de afrontamiento evitativo, poco centrado en el problema y con baja autoeficacia. E incluso el riesgo de padecer trastorno alimentario también se ha relacionado con el uso de estrategias evitativas y una pobre autoeficacia (MacNeil, 2012). Renner (2008)

describe la relación entre la autoeficacia y mantener una nutrición sana en las mujeres. Y en la misma línea, el consumo de frutas y verduras se puede predecir mediante la autoeficacia y el afrontamiento activo combinado con la motivación de comer sano (Zhou, 2013). Park y Iaocca (2014) concluyen en una revisión que es necesario investigar rigurosamente las implicaciones entre las conductas sanas y los mecanismos de afrontar el estrés, puesto que muchos estudios parecen señalar esta relación. En cualquier caso y volviendo a este estudio, parece claro que tener un patrón nutricional metabólico eficaz y por consiguiente de eliminación, podrían ser indicativos de un estilo de afrontamiento efectivo no sólo frente a la enfermedad, sino también frente a conductas saludables, hecho que debería ser corroborado a través de la investigación.

En los siguientes cuadros se resumen los resultados del análisis en función de los objetivos propuestos:

Estrategias de afrontamiento o ajuste a la enfermedad identificadas
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Desamparo o indefensión• Minimización• Espíritu de lucha• Reactividad emocional |
|--|

Evolución de las estrategias de afrontamiento identificadas en las diferentes medidas realizadas			
48 horas postcirugía	3 meses	6 meses	12 meses
<p>Estrategia desamparo *</p> <p>Se distribuye igualmente entre todas las mujeres de la muestra</p>	<p>Aumenta la estrategia desamparo en el grupo de mujeres en tratamiento con hormonoterapia y reconstrucción de la mama</p>	<p>Aumenta la estrategia desamparo en el grupo de mujeres en tratamiento con hormonoterapia y reconstrucción de la mama</p>	<p>Se iguala las puntuaciones del grupo de mujeres en tratamiento con hormonoterapia y reconstrucción de mama al grupo control.</p> <p>Aumento del desamparo en el grupo de mujeres utilizadas como grupo control.</p> <p>Disminución de desamparo en el grupo de mujeres tratadas con quimioterapia y con quimioterapia y hormonoterapia</p>
<p>Estrategia minimizar</p> <p>Más frecuente que desamparo</p>	<p>Disminuye su frecuencia</p>	<p>Disminuye su frecuencia</p>	<p>Disminuye su frecuencia</p>
<p>Estrategia reactividad emocional *</p> <p>Más frecuente que desamparo y minimizar</p>	<p>Disminuye su frecuencia</p>	<p>Aumenta su frecuencia</p>	<p>Disminuye su frecuencia</p>
<p>Estrategia espíritu de lucha</p> <p>Es la más frecuente</p>	<p>Se mantiene la frecuencia</p>	<p>Se mantiene la frecuencia</p>	<p>Disminuye su frecuencia</p>

* Diferencias significativas

Las participantes en el estudio presentaron una tendencia a incrementar sus puntuaciones de desamparo a lo largo del tiempo, medida que fue más significativa en el grupo de mujeres en tratamiento con hormonoterapia y que se sometió a la reconstrucción de la mama, grupo que alcanzó en los periodos intermedios las puntuaciones más altas de desamparo. Por el contrario, los grupos que recibieron quimioterapia disminuyeron de forma progresiva sus puntuaciones de desamparo, alcanzando las reducciones más significativas en la última medida del ajuste mental al cáncer. La respuesta de ajuste de la muestra más importante a lo largo del tiempo fue el espíritu de lucha. En el grupo de reconstrucción de la mama más hormonoterapia se evidencia la incompatibilidad entre la reacción de desamparo y el espíritu de lucha, de forma que al aumentar el desamparo disminuye el espíritu de lucha y a la inversa. La estrategia reactividad emocional es la más frecuente después del espíritu de lucha y tiene un repunte a los 6 meses, si bien las diferencias no son significativas.

Evolución de las reacciones emocionales (ansiedad y depresión)				
	Precirugía	3 meses	6 meses	12 meses
Ansiedad	Valor promedio más alto Valores normales en el 61.7% de los casos	Disminuye el valor promedio Valores normales en el 67.3% de los casos	Disminuye el valor promedio Valores normales en el 63.6% de los casos	Disminuye el valor promedio Valores normales en el 69.2% de los casos
Depresión	Valor promedio más bajo Valores normales en el 86,9% de los casos	Aumenta su valor promedio Valores normales en el 83,2% de los casos	Valor promedio más alto Valores normales en el 80.4% de los casos	Disminuye su valor promedio Valores normales en el 81,3% de los casos

Relaciones entre el afrontamiento o ajuste a la enfermedad y las reacciones emocionales en los distintos momentos del tratamiento.

La variable con mayor capacidad predictora de ansiedad/depresión es la reactividad emocional (a los 12 meses), seguida del desamparo (al inicio del tratamiento y a los 3 meses) y del espíritu de lucha.

Afrontar la enfermedad con desamparo y reactividad emocional, así como una marcada falta de espíritu de lucha, predicen las reacciones hospitalarias de carácter ansioso y depresivo.

Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida no es la misma en la precirugía, a los 6 y 12 meses.

El **deterioro del estatus funcional** aumenta de forma significativa respecto de la fase inicial del tratamiento, tanto a los 6 como a los 12 meses.

Los **síntomas físicos específicos y generales** son de modo significativo más frecuentes a los 6 meses en comparación con la precirugía y los 12 meses.

La **percepción de falta de salud y calidad de vida** disminuye de modo significativo entre la precirugía y el año.

Relación entre reacciones emocionales de ansiedad y depresión y calidad de vida

Efecto significativo entre la dimensión percepción de falta de salud y calidad de vida, y el complejo ansiedad/depresión.

Relación entre la calidad de vida y estilo de afrontamiento o ajuste a la enfermedad

Sólo fue significativa en la medida de los 12 meses:

Un efecto total del espíritu de lucha sobre la calidad de vida

Un efecto directo del espíritu de lucha sobre la calidad de vida

Un efecto directo del espíritu de lucha sobre la ansiedad-depresión, que no fue significativo

Un efecto directo del complejo ansiedad-depresión sobre la calidad de vida.

Un efecto indirecto del espíritu de lucha sobre la calidad de vida, a través del complejo ansiedad-depresión que no fue significativo

Perfil sociodemográfico de las mujeres

Edad media: 57 años +/- 9.79 años. (35-80)

Datos de convivencia: 62,3 % (N=75) casadas o con pareja,
25.4% (N=31) no tienen pareja.
13.15% no tienen hijos

Nivel de estudios: Primarios 36.6 % (N=37),
Secundarios 21,8% (N=22)
Universitarios 22,8% (N=23)
Sin estudios 18.8 % (N=19).

Cuidador familiar: No 21.5% (N=23)

Tratamiento recibido: 84.1% (n=90) cirugía conservadora o cuadrantectomía
15,9% (n=17) mastectomía.
5.6% vaciamiento mamario
20.6% (n=22) vaciamiento ganglionar
64.5% quimioterapia (n=69)
79.4 % radioterapia (n=85)
69,1% hormonoterapia (n=74).
22.4% de las mujeres (n=24) reconstrucción mamaria en el año

IMC: 35.5 % sobrepeso (n=38)
24.2 % (n=26) obesidad.

HTA: Estadio 1 de Hipertensión 28
Tensión arterial normal elevada 26

Relación entre el estilo de afrontamiento o ajuste mental al cáncer y el consumo de analgésicos y psicofármacos

Sólo se obtuvo medidas significativas a los 12 meses.

El desamparo predijo de forma significativa el consumo de analgésicos a los 12 meses.

No se halló relación con el consumo de psicofármacos.

Relación entre las dimensiones de calidad de vida y tratamientos farmacológicos

Sólo se obtuvieron medidas significativas a los doce meses.

Las dimensiones de calidad de vida percepción de falta de salud y síntomas generales predijeron de forma significativa y de forma respectiva el consumo de analgésicos y psicofármacos

Calidad de vida, ansiedad y depresión y estilos de afrontamiento y valoración enfermera

Coincidencia entre la valoración enfermera del patrón percepción de la salud y la valoración de las mujeres sobre su calidad de vida.

Relación entre la clasificación del patrón de tolerancia y adaptación al estrés como eficaz y no eficaz y la clasificación de mujeres como normales y pacientes en cuanto a ansiedad y depresión.

Relación significativa entre espíritu de lucha y patrones eficaces en nutrición y eliminación

Limitaciones

Una de las principales limitaciones del estudio emana de su carácter cuantitativo. Al aplicar diversos cuestionarios elaborados a priori para evaluar las emociones de las mujeres y sus estrategias de afrontamiento, se perderá información genuina sobre este proceso. Como señala Wilkinson (2008) ha habido una investigación social científica muy escasa en torno a la cuestión y a veces muy delimitada. La utilización de cuestionarios, como señala la autora, puede constreñir las respuestas mediante preguntas estandarizadas, y propone la investigación cualitativa como aquella que puede conducir a hallazgos novedosos e inesperados sobre la reinterpretación de la experiencia del cáncer de mama (Kitzinger & Wilkinson, 1997). La aproximación cualitativa aportaría información sobre la construcción social del cáncer de mama, que según Thorne & Murray (2000) actúa como un factor importante de confusión, que lleva a que, en esta enfermedad, el discurso predominante de muchas mujeres y de los profesionales de la salud sea la amenaza de la identidad femenina y la imagen corporal, frente otros procesos oncológicos donde el miedo es la pérdida de la propia vida.

Desde la perspectiva cualitativa se conocen otros factores complementarios que ayudan a comprender el fenómeno de forma holística y a definir intervenciones de ayuda y apoyo eficaces para cada una de las etapas del proceso (Keesing, McNamara & Rosenwax, 2015, Amstrong, 2003; Rosendale & Mei, 2010; Durif-Bruckert et al., 2015).

La triangulación metodológica aporta sin duda nuevas perspectivas (Durif-Bruckert et al., 2015).

Otra limitación de este estudio es que no se analiza el apoyo social percibido por las mujeres durante el proceso que como ya se ha mencionado previamente es uno de los factores que contribuye a aumentar la supervivencia en el cáncer de mama (Kroenke, Kubzansky Schernhammer, Holmes & Kawachi, 2006) y algunos autores han señalado también como predictor de calidad de vida (Leung, Pachana & McLaughlin, 2014)

También constituye una limitación que no se conozca el perfil psicosocial previo de las mujeres que participan en el estudio, su estilo de afrontamiento, su historia previa de afrontamiento de problemas y crisis de la vida, o sus niveles previos de ansiedad y depresión que pueden interferir en los resultados de este estudio. En este sentido Rohani, Abedi Omranipour & Langius Eklof (2015) destacan el interés que tendría conocer la calidad de vida previa de las mujeres.

El tamaño de la muestra compuesta por todas las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar, no cumple los criterios que Watson y Homewood (2008) aconsejan para realizar el análisis factorial del MAC, que al menos la muestra este constituida por 5 personas por cada ítem a responder (vid Campo-Arias & Oviedo, 2008, pag. 836). Por tanto, otra de las limitaciones de este estudio está relacionada con el tamaño muestral.

Las dificultades en la captación no han permitido incluir a las mujeres en el estudio desde el momento del pre diagnóstico de la enfermedad, que sin duda constituye un momento de máxima tensión emocional. Sin embargo, también constituiría una variable extraña, puesto que la respuesta de afrontamiento durante el diagnóstico aún no ha sido elaborada.

Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos en esta tesis podemos concluir que:

1. El espíritu de lucha predice la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres con cáncer de mama un año después del tratamiento, sin que se haya podido verificar un efecto mediador de la ansiedad y la depresión.
2. Se identifican dos ejes de ajuste a la enfermedad, uno activo, en el que se ubican el espíritu de lucha y la minimización, y otro pasivo constituido por el desamparo o indefensión y la reactividad emocional, que requieren ser conocidos y valorados por los profesionales al objeto de incorporar en los programas de cuidados aquellos dirigidos a cambiar estilos pasivos por estilos activos, y especialmente por un espíritu de lucha que será determinante de la calidad de vida de las mujeres supervivientes de cáncer de mama.
3. La introducción de herramientas de apoyo al diagnóstico del área psicosocial de forma sistemática en la clínica permitiría identificar a las mujeres que requieren una mayor atención psicosocial, y adecuar los cuidados a sus necesidades reales.
4. Los estilos de afrontamiento o ajuste a la enfermedad varían a lo largo del tiempo, y durante el tratamiento es necesario intensificar los cuidados, puesto que es el periodo donde aumenta la desesperanza, especialmente en las mujeres en tratamiento de hormonoterapia y con reconstrucción de la

mama, lo que les impide afrontar la enfermedad con espíritu de lucha, y aumenta la reactividad emocional.

5. La prevalencia de ansiedad y depresión también varían a lo largo del tiempo, siendo el mayor aumento de presencia de la misma a los seis meses donde un 20 % de las mujeres puntúan alto en depresión y un 34% en ansiedad. Sabiendo que el desamparo y la reactividad emocional predicen estas respuestas, es imprescindible identificar estos estilos de afrontamiento o ajuste a la enfermedad para instaurar las intervenciones tempranas que ayuden a las mujeres a mejorar su ansiedad o a prevenir la depresión.
6. La calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama se deteriora durante el primer año de tratamiento de forma significativa, resultando que su percepción de falta de salud y de deterioro es mucho mayor transcurrido este tiempo. El deterioro funcional y los síntomas generales y específicos a los seis meses, coincidiendo con el tratamiento adyuvante experimentan un repunte importante. Por tanto, durante estas fases intermedias de tratamiento donde aumenta la ansiedad y la depresión, aumenta la desesperanza y la reactividad emocional y disminuye la calidad de vida es fundamental intensificar los cuidados que reciben las mujeres en el área psicosocial.
7. Tanto la desesperanza como la percepción de falta de salud y calidad de vida predicen el consumo de analgésicos al año, y los síntomas generales el consumo de psicofármacos en este mismo periodo de tiempo.
8. Las enfermeras coinciden en la valoración de la percepción de salud de las mujeres, por tanto, se podría sugerir que el patrón de percepción de la

salud valorado como eficaz es un buen indicativo de la calidad de vida de las pacientes. Así mismo la valoración enfermera del patrón de adaptación al estrés está relacionada con la puntuación obtenida en la escala HAD, y por tanto las enfermeras deben desarrollar actividades preventivas cuando identifiquen una alteración en dicho patrón.

9. El espíritu de lucha parece ser una estrategia eficaz para las conductas de salud relacionadas con la nutrición.

En resumen, dado que el objetivo del tratamiento del cáncer de mama es aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida, se hace imprescindible incluir en los procesos de atención la valoración del ajuste a la enfermedad y las intervenciones tempranas dirigidas a: fomentar un ajuste activo, y especialmente, un ajuste confrontativo, donde las mujeres sientan que tienen control de su enfermedad y sepan y sientan que la actitud personal influirá en el resultado; disminuir la ansiedad y depresión. Estas intervenciones deben prolongarse a lo largo del primer año del tratamiento, especialmente en el periodo intermedio del mismo donde parece que se intensifican tanto los síntomas psicológicos como físicos en respuesta a la enfermedad y su tratamiento.

10. A raíz de este estudio aparecen nuevos ámbitos y áreas que precisan de una mayor profundización y, por tanto, de una mayor investigación, entre las que cabe destacar:

- El análisis desde una perspectiva cualitativa del proceso de afrontamiento y ajuste al diagnóstico y tratamiento, que aportaría información de la

experiencia de las mujeres y por tanto mejoraría la comprensión del proceso y permitiría diseñar intervenciones más eficaces.

- El diseño de estudios que analicen los efectos mediadores de recursos personales positivos y estilos de ajuste a la enfermedad.
- Verificar los resultados en una muestra más amplia, incluyendo a pacientes con otros tipos de cáncer, para analizar el comportamiento de las variables de este estudio en ambos sexos, en función de la localización del tumor y otras variables sociodemográficas, que permitan identificar a los pacientes de cáncer con mayor riesgo de dificultades en el área psicosocial.
- Analizar la calidad de vida y la respuesta de ansiedad y depresión en las fases previas a la confirmación del diagnóstico de cáncer, para valorar y comprender las necesidades de intervención en este periodo.
- Conocer los factores etiológicos mediadores en el aumento de la respuesta de desesperanza en las mujeres que reciben hormonoterapia, de forma que se puedan instaurar cuidados eficaces dirigidos a este problema.
- Explicar la relación entre el consumo de psicofármacos y la calidad de vida y el consumo de analgésicos y el estilo de afrontamiento o ajuste a la enfermedad, y la repercusión de su utilización en los síntomas, las reacciones de ansiedad y depresión, la calidad de vida y si existe un efecto modificador que contribuya a instaurar estilos de afrontamiento más activos.
- Comprobar la relación entre la valoración como eficaz del patrón de percepción de la salud y la calidad de vida percibida por lo pacientes.
- Comprobar la relación entre la valoración enfermera del patrón de adaptación al estrés y el riesgo de ansiedad o depresión.

- Verificar la relación entre la capacidad de mantener conductas sanas (nutrición, eliminación, ejercicio, etc) en personas diagnosticadas de cáncer y su estilo de afrontamiento o ajuste a la enfermedad.

Conclusion

In the light of the results obtained during the present thesis, one can conclude that

1. The fight spirit can predict the quality of life relative to women with breast cancer health one year after treatment, unless a mediating effect of anxiety and depression cannot be verified.
2. Two adjusting to illness axes can be identified. One of them is active, wherein the spirit of fight and minimising are located. The other is passive and it is formed by hopelessness or helplessness and the emotional reactivity. Both need to be properly known and evaluated by professionals in order to include those focused to change passive styles into active styles in caring programs, and particularly to achieve a fight spirit which will be principal for survivor women with breast cancer quality of life.
3. Implementing tools in support of psychosocial diagnosis in clinics systematically could identify those women who need a further psychosocial attention as well as further adapt care to their real needs.
4. Coping style or adjustment to disease can change along the time. So, enhancing care during treatment is required because hopelessness increases during this time, especially in the case of women who are treated with hormone therapy and breast reconstruction, what can prevent them to cope with the disease keeping the fight spirit and increases the emotional reactivity.

5. The prevalence of anxiety and depression also change along the time, and the highest increase occurs in six months. This time a 20% of women score high on depression and a 34% on anxiety. At sightseeing that helplessness strategy and emotional reactivity can predict these responses, to identify these coping or adjustment are essential in order to introduce early interventions for helping women to improve anxiety or prevent depression.
6. The quality of life of women with breast cancer gradually and significantly damages during the first year of treatment. As a result, a perception of poor health and damage is higher after this time. The functional damage and the general and specific symptoms after six months picks up significantly while an adjunct treatment is being applied. Accordingly, during these intermediate stages of treatment, the increasing of anxiety and depression involves the increasing of hopelessness and emotional reactivity, reducing at the same time the quality of life. It is therefore essential to enhance psychosocial care for these women.
7. Both poor health and quality of life perceptions can predict the annual intake of pain reliever; and the general symptoms can predict the psychotropic intake in the same period of time.
8. Nurse's assessments of the way in which women sense their health match. It would be possible therefore to suggest that a perception of health pattern evaluated as effective is a good indication of women's quality of life. Nurse assessment of the adaptation to stress pattern is also related to the score reported by HAD Scale, and so nurses should develop preventive actions when an alteration of such pattern is detected.

9. The spirit of fight seems to be an efficient strategy to health behaviours relative to nutrition.

Briefly, because the breast cancer treatment target is to increase the survival and improve quality of life, within the care it is imperative to include the assessment of illness and early interventions focused on: promoting an active adjustment, particularly a coping adjustment for women to feel the control of illness is in their hands and to know that the personal attitude will influence on outcome; reducing anxiety and depression. These interventions should be further extended over the first year of treatment, especially during the intermediate stage when both physical and psychological symptoms seem to increase in response to disease and its treatment.

10. Following the present study new fields and areas which require greater upgrading and therefore research arise, among them we could highlight:

- Analysis along a qualitative perspective of the coping process and adjusting to diagnosis and treatment. This would provide information about the women's experience and would therefore improve the understanding of the process y allow to design more effective actions.
- Design of studies that analyse the mediating effects of positive personal resources and styles for adjusting to disease.
- Verifying the results in a greater sample including patients with other kind of cancer in order to review the behaviour of either sex relevant variables according to the tumour site or other socio-demographic variables that make possible to identify cancer patients at increased difficulties risk within the psychosocial field.

- Analysing the quality of life and the response to anxiety and depression at previous stages of cancer diagnosis, in order to assess and understand the best interventions during this time.
- Knowing the aetiological mediator factors in the increase of hopelessness response in women treated with hormone therapy, in a way that efficient cares can be established focused on this problem.
- Explaining the relationship between the intake of psychotropic drugs and the quality of life and between the consumption of pain relievers and the coping and adjusting to disease style, as well as the impact of the use in symptoms, anxiety reactions and depression, quality of life, and if a disease-modifying acting which aids to introduce more active coping styles can be found.
- Ascertaining the relationship between the assessment as efficient pattern of health perception and the quality of life sensed by patients.
- Ascertaining the relationship between the nursing assessment of the stress adaptation pattern and anxiety and depression risks.
- Verifying the relationship between the ability for people with cancer to maintain healthy behaviours (nutrition, elimination, physical activity, etc.) and their coping or adjustment to disease style.

Referencias bibliográficas

- Adachi, K. & Ueno, T.(2007). Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative Mood States in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: Body Image and Sexuality. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 37 (6), pp. 412-418. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17513308>
- Alarcón A.(2006). *La Personalidad del Paciente con cáncer y las Modalidades de Afrontamiento. Manual de Psicooncología*. Granada.
- Alcalar N., Ozkan S., Kucucuk S., Aslay I. & Ozkan M. (2012). Association of Coping Style, Cognitive Errors and Cancer-related Variables with Depression in Women Treated for Breast Cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42 (10), pp. 940-947. doi: 10.1093/jjco/hys119
- Armstrong T.S.(2003). Sintoms experience: a concept analisis. *Oncology Nursing Forum*, 30 (4), pp. 601-606. doi: 10.1188/03.ONF.601-606
- Anagnostopoulos F., Kolokotroni P., Spanea E. & Chryssochoou M.(2006).The Mini-Mental Adjustment to cáncer (Mini-Mac) scale: Construct validation with a greek simple of breast cancer. *PsychoOncology*, 15, pp.79-89. doi: 10.1002/pon.924
- Andersen L.T., Suppli N.P., Dalton S.O., Kroman N., Rosenberg J. & Gögenur I. (2015). New and chronic use of hypnotics after diagnosis with early breast cancer. A retrospective cohort study. *Acta Oncol.* ,54(5), pp. 704-11. doi: 10.3109/0284186X.2014.998276.

- Anderson E., Bai Z., Bischof C., Blackford S., Demmel J., Dongarra J., Du Croz J., Greenbaum A., Hammarling S., McKenney A. & Sorensen D. (1999). *LAPACK Users' Guide*. Society for Industrial and Applied Mathematics. Philadelphia. PA.
- Andreu Y., Galdón M.J., Durá E., Martínez P., Pérez S. & Murguib S. (2012). A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: Prevalence and risk factors. *Psychology & Health*, 27(1), pp. 72-87. doi:10.1080/08870446.2010.542814
- Antoni M.H., Lechner S., Diaz A., Vargas S., Holley H., Phillips K., McGregor B., Carver C.S., & Blomberg B. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun.* ,23(5), pp.580-591. doi: 10.1016/j.bbi.2008.09.005
- Arrarás J.I., Arias de la Vega F., Illarramendi J.J., Manterota A., Salgado E., Dominguez M.A. & Vera R. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra. Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Anales Sis San Navarra*, 34(1). doi:10.4321/S1137-66272011000100002
- Arrarás J.I., Illarramendi, J.J., Manterota A. & Dominguez M.A. (2007). Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama. El sistema de medida de la EORTC. *Psicooncología*, 4 (2-3), pp. 367-384. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0707220367A/15617>
- Arrarás J.I., Martinez M., Manterota A. & Laínez N.(2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1, pp. 87-98.
Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404110087A/16333>

- Arraras J.I., Tejedor M., Illarramendi J.J., Pruja E., Marcos M. (2001). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de mama de la EORTC, QLQ-BR23. Estudio psicométrico con una muestra española. *Psic Conductual*, 9, pp. 81-97
- Arraras J.I., Wright S.J., Jusue G., Tejedor M. & Calvo J.I. (2002). Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychology, Health and Medicine*, 7(2), pp. 181-187. doi:10.1080/13548500120116139
- Bai L.J., Liu Q., Wang M., Loo W.T.Y., Cheng R.W.Y., Chow L.W.C., Cheung M.N.B., Wei K.Y.R., Yip, A.Y.S. and & Ng, E.L.Y. (2012). Evaluation of the psychological and biological changes of patients diagnosed with benign and malignant breast tumors. *International Journal of Biological Markers*, 27(4), pp. E322-E330. doi: 10.5301/JBM.2012.9936
- Barez M. (2002). Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Tesis doctoral. Director Fernandez de Castro. Recuperado de <http://tesisenred.net/handle/10803/4740>
- Barquín, M. (2002). La moderna salud pública. *Revista Médica del IMSS*, 40, pp.483-486.

Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000093&pid=S1794-9998200500020000200003&lng=en

- Barroilhet S., Forjaz M.J. & Garrido E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr*, 33 (6), pp. 390-397. Recuperado: <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Conceptos,%20teor%C3%ADas%20y%20factores%20psicosociales%20en%20la%20adaptaci%C3%B3n%20al%20c%C3%A1ncer.pdf>

- Bayés R. (2003). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. *Cuadernos de Medicina psicosomática*, 30, pp.28-34. Recuperado de <http://www.ub.edu/personal/docencia/infocomp/bayescomp3.htm>
- Beisecker A. E., Cook M. R., Ashworth J., Hayes J., Brecheisen M., Helmig L. & Selenke, D. (1997). Side effects of adjuvant chemotherapy: Perceptions of node-negative breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 6(2), pp.85-93. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/619409995?accountid=14744>
- Belfer I., Schreiber K.L. Shaffer J., Shnol H., Blaney K., Morando A., Englert D., Greco C., Brufsky A., Ahrendt G., Kehlet K., Edwards R.R., Bovbjerg D.H. & Shaffer J.R.(2013). Persistent postmastectomy pain in breast cancer survivors: analysis of clinical, demographic, and psychosocial factors. *The Journal of Pain*, 14(10), pp. 1185–1195. doi:10.1016/j.jpain.2013.05.002
- Bender C. M., Gentry A. L., Brufsky A. M., Casillo F. E., Cohen S. M., Dailey M. M., & Sereika S. M. (2014). Influence of Patient and Treatment Factors on Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy in Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), pp.274-285. doi:10.1188/14.ONF.274-285
- Bidstrup P. E., Christensen J., Mertz B. G., Rottmann N., Dalton S. O. & Johansen C. (2015). Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: Looking beyond the mean. *Acta Oncologica*, 54(5), 789-796. doi:10.3109/0284186X.2014.1002571
- Bigatti S., Steiner J. & Miller K.(2012). Cognitive appraisals, coping and depressive symptoms in breast cancer patients. *Stress and Cancer*, 28 (5), pp.335-361. doi: 10.1002/smi.2444

- Blomberg B.B., Alvarez J.P., Diaz A., Romero M.G., Lechner S., Carver C.S., Holley H. & Antoni M.H. (2009). Psychosocial adaptation and cellular immunity in breast cancer patients in the weeks after surgery: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 67,(5), pp. 369–376.
- doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.05.016
- Borrás, A. (Coord.). (2010). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España.
- Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>.
- Boyes A.W., Girgis A., Zucca A.C. & Lecathelinais C. (2009). Anxiety and depression among long-term survivors of cancer in Australia: results of a population-based survey. *Medical Journal of Australia*, 190 (7), pp. 594-598. Recuperado de https://www.mja.com.au/system/files/issues/190_07_060409/boy10898_fm.pdf
- Brannon, L. & Feist, J. (2002). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- Braeken A., Kempen G., Watson M., Houben R., Gils F. & Lechner, L. (2009). Psychometric properties of the Dutch version of the Mental Adjustment to Cancer scale in Dutch cancer patients. *Psycho-Oncology*. Published online in Wiley InterScience. doi: 10.1002/pon. 1628
- Bredal I.S., Smeby N.A., Ottesen S, Warncke T., Schlichting E. (2014). Chronic Pain in Breast Cancer Survivors: Comparison of Psychosocial, Surgical, and Medical Characteristics Between Survivors With and Without Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48 (5), pp. 852–862. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.12.239

- Broche Y. & Medina W. R.(2011). Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. *Psicología Revista Internacional on- line*. Recuperado de www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1184/
- Buja A. & Eyuboglu N. (1992). Remarks on parallel analysis. *Multivariate Behavioral Research*. 27(4). 509-540.
- Cahir C., Guinan E., Dombrowski S. U., Sharp L., & Bennett K. (2015). Review: Identifying the determinants of adjuvant hormonal therapy medication taking behaviour in women with stages I–III breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education And Counseling*, doi:10.1016/j.pec.2015.05.013
- Camacho, B. (2003). *El cáncer de Pulmón*. En M. Die Trill (Comp.). *Psicooncología*. Madrid: ADES ediciones S.L. pp. 207-224.
- Campo-Arias A. & Oviedo H.C. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. Salud Pública*, 10 (5), pp. 831-839. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf>
- Carey M., Noble N., Sanson-Fisher R., MacKenzie L.(2012). Identifying psychological morbidity among people with cancer using the Hospital Anxiety and Depression Scale: time to revisit first principles?. *Psychooncology*, 21,(3),pp-.229-238. doi: 10.1002/pon.2057.
- Carver C.S. & Connor-Smith J.(2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 6, pp. 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver C. S., Pozo C., Harris S.D., Noriega V., Scheier M.F. & Robinson D.S.(1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, pp. 375-390. doi:10.1037/0022-3514.65.2.375

- Cayrou S., Dickés P., Gauvain-Piquard A. & Roge, B. (2003). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psycho-Oncology*, 12, (8), pp.8-23. doi: 10.1002/pon.634
- Cea D'Ancona (2004). *Métodos de encuesta: teoría y práctica, errores y mejora*. Edit. Síntesis, Madrid.
- Classen C., Koopman C., Angell K. & Spiegel D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), pp. 434-437. doi:10.1037/0278-6133.15.6.434
- Cordova M., Giese-Davis J., Golant M., Kronnenwetter C., Chang V., McFarlin S., & Spiegel, D. (2003). Mood disturbance in community cancer support groups: The role of emotional suppression and fighting spirit. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 461–467. doi:10.1016/S0022-3999(03)00510-5
- Costa –Requena G. & Gil F. (2009). The mental Adjustment con Cáncer scale: a psychometric analysis in spanish cancer patients. *Psyco Oncology*, 18, pp: 984-991. doi: 10.1002/pon.1466
- Coyne J.C. & Lepore J. (2006). Rebuttal: The black swan fallacy in evaluating psychological interventions for distress in cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 32, (2), pp. 115-118. doi:10.1207/s15324796abm3202_7
- Czerw A., Religioni U. & Deptała A. (2015).Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*. doi: 10.1007/s12282-015-0620-0
- De Angelis R., Sant M., Coleman M.P., Francisci S., Baili P., Pierannunzio D., Trama A., Visser O, Brenner H., Ardanaz E. et al. (2014). Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5-a population-based study.

- The EUROCARE-5 Working Group. *Lancet Oncology*, 15,pp. 23-34. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70546-1
- De Boer A.G., Taskila T., Tamminga S.J., Frings-Dresen M.H., Feuerstein M. & Verbeek J.H.(2011). Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 16(2), CD007569. doi: 10.1002/14651858.CD007569.
 - De Haes J.C., Van Knippenberg, F.C. & Neijt, J.P. (1990). Measuring psychological and physical distress in cancer patients: Structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br. J. Cancer*, 62(6), pp. 1034-1038. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1971567/pdf/brjcancer00220-0162.pdf>
 - Denieffe S., Cowman S. & Gooney, M. (2014). Symptoms, clusters and quality of life prior to surgery for breast cancer. *Journal Of Clinical Nursing*, 23(17-18) ,pp. 2491-2502. doi: 10.1111/jocn.12430
 - Dimaier M.D., Zaun S., Koch U., Harfs T. & Shulz J. (2005).Psychometric properties of the EORTC Quality of Life Questionary in inpatient cancer rehabilitation in Germany. *Palliative & Suportive Care*, 2 (2), pp. 115-124. doi: 10.1017/S147895150440179.
 - Duijts S.F., Faber M.M., Oldenburg H.S., Van Beurden M. & Aaronson N.K.(2011). Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors- -a meta-analysis. *Psychooncology*, 20(2), pp.115-26. doi: 10.1002/pon.1728.
 - Dunkel-Schetter C., Feinstein L.G., Taylor S.E. & Falke R.L. (1992). Patterns of Coping With Cancer. *Health Psychology*, 11(2), pp. 79-87. doi:10.1037/0278-6133.11.2.79

- Durif-Bruckert C., Roux P., Morelle M., Mignotte H., Faure C. & Moumjid-Ferdjaoui N.(2015). Shared decision-making in medical encounters regarding breast cancer treatment: the contribution of methodological triangulation. *European Journal of Cancer Care*, 24 (4), pp. 461-472. doi: 10.1111/ecc.12214
- Expósito Hernández (coord.) (2007) *II Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012*. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_oncologia/plan_oncologia?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&idioma=es&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_oncologia/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_oncologia/plan_oncologia
- Falagas M.E., Zarkadoulia E., Ioannidou E.N., Peppas G., Christodoulou C. and Rafailidis P.(2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: a systematic review. *Breast Cancer Research*, 9, R44 doi:10.1186/bcr1744
- Fasse L., Flahault C., Brédart A., Dolbeault S. & Sultan S. (2015). Describing and understanding depression in spouses of cancer patients in palliative phase. *Psychooncology*, published on line. doi: 10.1002/pon.3777
- Ferrero J., Berlanga J., Toledo M. & Barreto P.(1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1): 87-102. <Recuperado de: www.researchgate.net/profile/Mercedes_Toledo/publication/26596006_Evaluacin_cognitiva_y_afrontamiento_como_predictores_del_bienestar_futuro_de_las_pacientes_con_cncer_de_mama/links/00b7d51a708d97afaf000000.pdf

- Fink A.K., Gurwitz J., Rakowski W., Guadagnoli E., & Silliman, R.A. (2004). Patient beliefs and tamoxifen discontinuance in older women with estrogen receptor-positive breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 3309–3315. doi:10.1200/JCO.2004.11.064
- Flory N. & Lang E.V. (2011). Distress in the Radiology Waiting Room. *Radiology* (6). doi:10.1148/radiol.11102211.
- Forero F., Bernal G., Restrepo M. (2005). Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes colombianos. *Avances en Medición*, 3, pp. 135-152. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/5213/8574/9054/Articulo_8_Validacin_del_MAC_135-152.pdf
- Fors E.A., Bertheussen G.F., Thune I., Juvet L.K., Elvsaa I.K., Oldervoll L., Anker G., Falkmer U., Lundgren S. & Leivseth G. (2011). Psychosocial interventions as part of breast cancer rehabilitation programs? Results from a systematic review. *Psychooncology*, 20(9), pp.909-918. doi: 10.1002/pon.1844.
- Fujinami R., Sun V., Zachariah F., Uman G., Grant M. & Ferrell B. (2015). Family caregivers' distress levels related to quality of life, burden, and preparedness. *Psycho-Oncology*, 24(1), pp.54-62. doi: 10.1002/pon.3562
- Gandini, R.C., Fernandes M.C. & Martins E.C. (2008). Mini Mac: the mental adjustment con cáncer scale: factorial structure. *Psicología em Estudo*, 13 (1), pp. 169-177. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122106024>
- Ganz, P.A., Rowland, J.H. & Desmond, K. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J. Clin. Oncol.* 16(2), pp. 501-514.
Recuperado de <http://jco.ascopubs.org/content/16/2/501.full.pdf+html>

- Garssen B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of reserch. *Clinical Psychology Review*, 24 (3), pp. 315-338.
doi: 10.1016/j.cpr.2004.01.002
- Geyer S., Koch-Giesselmann H., Noeres D. (2015) Coping with breast cancer and relapse.stability of coping and long term outcomes in a observational study over 10 years. *Soc Sci.*, 135, pp. 92-98. doi: 10.1016/j.socsimed.2015.04.27
- Gidron Y., Magen R. & Ariad S. (2001). The relationship between hopelessness and psychological and serological oputcomes in israeli women with breast cancer. *Psychology & Health*, 16 (3), pp. 289-296. doi: 10.1080/08870440108405507
- Gil-Roales, J. (coord.).(2004) *Psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Godoy, M.J.(1998) *Medida de la calidad de vida en pacientes oncológicos avanzados: influencia ejercida por los cuidados paliativos*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada.Granada. Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/19062/1/19884990.pdf>
- Godoy Fernández M.J., Rojas Tejada A.J., García Puche J.L. & Cabrera Iboleón J.(1999). Fiabilidad y validez de la versión española del EORTC QLQ-C30: medida de la calidad de vida en pacientes oncológicos. *Journal of Health Psychology*, 11(1-2).
Recuperado de <http://revistas.innovacionumh.es/index.php?journal=psicologiasalud>
- Gordon, M. (2013). *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10ª edición en castellano.Barcelona. Elsevier
- Grabsch B. & Clarke D.M. (2006). Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliat Support Care*. 4(1),pp. 47-56. doi:10.1017/S1478951506060068

- Gritti P. (2015). The family meetings in oncology: some practical guidelines. *Front. Psychol.*, 20(5), pp.1552. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01552
- Gumus A.B, Cam O. & Malak A.T.(2011). Relationships between psychosocial adjustment and hopelessness in women with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.*, 12(2), pp.433-438.

Recuperado de

http://www.apjcpcontrol.org/paper_file/issue_abs/Volume12_No2/433-8%20c%202.13%20Aysun%20Babacan%20Gumus433.pdf
- Ha E.H., Lee S.H., Jeong J., De Lee H., Lee J.E., Nam S.J. & Yang J.H. (2010). Biopsychosocial Predictors of the Quality of Life in Breast Cancer Patient. *Journal of Breast Cancer*, 13 (2), pp. 219-226. doi:10.4048/jbc.2010.13.2.219
- Hall A., A'Hern R. & Fallowfield L.(1999). Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *Eur J Cancer*, 35, pp. 79-85. doi:10.1016/S0959-8049(98)00308-6
- Hamilton K., Vayro C., & Schwarzer R. (2015). Research Brief: Social Cognitive Antecedents of Fruit and Vegetable Consumption in Truck Drivers: A Sequential Mediation Analysis. *Journal Of Nutrition Education And Behavior*, 47379-384.e1. doi:10.1016/j.jneb.2015.04.325
- Harman. H. H. (1962). *Modern Factor Analysis*. 2nd Edition. University of Chicago Press. Chicago.
- Härtl K., Engel J., Herschbach P., Reinecker H., Sommer H. & Friese K. (2010). Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology*, 19(2), pp.160-169. doi: 10.1002/pon.1536.

- Hayes, F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis*. Nueva York, N.Y.: Guilford.
- Henderson V., Clemow L., Massion A.O., Hurley T.G., Druker S., Hébert J.R. (2011). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast Cancer Res Treat*. doi: 10.1007/s10549-011-1738-1
- Herrmann C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res.*, 42, pp. 17-41. doi:10.1016/S0022-3999(96)00216-4
- Holland J.C., Passik S., Kash K.M., Russak S.M., Gronert M.K., Sison A., Lederberg M., Fox B. & Baider L.(1999). The Role of Religious and Spiritual Beliefs in Coping with Malignant Melanoma. *Psycho-Oncology*, 8, pp.14-26. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199901/02)8:1<14::AID-PON321>3.0.CO;2-E
- Holman H & Lorite K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ* 2, 320 doi: 10.1136/bmj.320.7234.526
- Hortobagyi, Gabriel N. Brestcancer.org. [En línea] 17 de 09 de 2012. [Citado el: 1 de 07 de 2013.]. www.brestcancer.org
- Hospital Universitario Virgen del Rocio. *Memoria 2009*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de www.hvr.es/publicaciones
- Hulbert-Williams N., Neal R., Morrison V., Hood K. & Wilkinson C. (2012). Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychosocial variables best predict how patients adjust? *Psycho-Oncology*, 21 (8),pp.857-867. doi: 10.1002/pon.1980.

- Islam T., Dahlui M., Majid H.A., Nahar A.M., Mohd Taib N.A., Su T.T.; MyBCC study group.(2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health*,14 (3), S8. doi: 10.1186/1471-2458-14-S3-S8.
- Jagsi R., Hawley S.T., Abrahamse P., Li Y., Janz N.K., Griggs J.J., Bradley C., Graff J.J., Hamilton A. & Katz S.J.(2014). Impact of adjuvant chemotherapy on long-term employment of survivors of early-stage breast cancer. *Cancer*,15,120(12), pp. 1854-1862. doi: 10.1002/cncr.28607.
- Jarana L., Barrón A., León-Rubio J. M., & López Mora M. (1991).La enfermedad fuente de estrés Psicología de la Salud: Aportaciones al trabajo de enfermería. *Sevilla: Ilustre Colegio Oficial de ATS y DE de Sevilla*, (103-161).
- Jassim G.A., Whitford D.L., Hickey A. & Carter B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5,CD008729. doi: 10.1002/14651858.CD008729.pub2
- Jiang P., Wang S., Jiang D. & Yu L.(2011). Cancer related fatigue in patients with breast cancer chemotherapy and coping style. *Journal of Central South University Medical Sciences*, 36 (4), pp.323-328. doi: 10.3969/j.issn.1672-7347.2011.04.008.
- Johansson M., Ryden A. & Finizia C. (2011). Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival in patients with laryngeal cancer: A longitudinal study. *BMC Cancer*, 11, pp. 283. doi: 10.1186/1471-2407-11-283.
- Jones D., Duffy M. E., Flanagan J., & Foster F. (2012). Psychometric Evaluation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST). *International Journal Of Nursing Knowledge*, 23(3), 140-145. doi:10.1111/j.2047-3095.2012.01224.x

- Jones S.L.,Hadjistavropoulos H.D.,Gullickson K. (2014).Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychology, Health & Medicine*, 19 (5), pp.: 525-535. doi:10.1080/13548506.2013.845300
- KaraKoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H. & Kinay, M. (2010). Depression and Anxiety in woman under follow-up for breast cancer:relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology* ,27 (1), pp.108-113. doi: 10.1007/s12032-009-9181-4
- Keesing S., McNamara B. & Rosenwax L.(2015). Cancer survivors' experiences of using survivorship care plans: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 9 (2), pp. 260-268. doi:10.1007/s11764-014-0407-x
- Kelley. T. L. (1935). *Essential Traits of Mental Life*. Harvard Studies in Education. vol. 26. Harvard University Press. Cambridge
- Keller M., Sommerfeld S., Fisher C., Knight L., Riesbeck B., Herfarth C., & Lehnert T. (2004). Recognition of distress end psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Annals of Oncology*,15, pp. 1243-1249. doi: 10.1093/annonc/mdh318
- K rouac S. Pepin J., Ducharme F., Duquette A. & Major F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Doyma
- Kitzinger C. & Wilkinson S. (1997).Validating women’s experience? Dilemmas in feminist research. *Feminism & Psychology*, 7,pp.566-574. doi: 10.1177/0959353597074012
- Knobf, M.T.(2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin. Oncol. Nurs.*, 23 (1), pp.71-83. doi:10.1016/j.soncn.2006.11.009
- Knobf M.T. (2011). Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs.*,27(3), pp.1-14. doi: 10.1016/j.soncn.2011.05.001.

- Kroenke C.H., Kubzansky L.D., Schernhammer E., Holmes M. & Kawachi I. (2006). Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24(7), pp. 1105-1111. doi: 10.1200/JCO.2005.04.2846
- Kübler-Ross. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo, 1993.
- Kyranou M., Puntillo K., Dunn L. B., Aouizerat B. E., Paul S. M., Cooper B. A., & Miaskowski, C. (2014). Predictors of Initial Levels and Trajectories of Anxiety in Women Before and for 6 Months After Breast Cancer Surgery. *Cancer Nursing*, 37(6), 406-417. doi:10.1097/NCC.0000000000000131
- Lang E.V., Berbaum K.S., Lutgendorf S.K. (2009). Large-Core Breast Biopsy: Abnormal Salivary Cortisol Profiles Associated with Uncertainty of Diagnosis. *Radiology*, 250 (3) doi: 10.1148/radiol.2503081087
- Lash T.L., Fox M.P., Westrup J.L., Fink A.K., & Silliman R.A. (2006). Adherence to tamoxifen over the five-year course. *Breast Cancer Research and Treatment*, 99, pp. 215–220. doi:10.1007/s10549-006-9193-0
- Lazarus A. & Folkman S.(1984). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- León-Rubio, J. M. (2000). El modelo biopsicosocial o la concepción social de las acciones de salud. Una guía para la elaboración de la psicología social de la salud *La psicología social en España al filo del año 2000: balance y perspectivas*, pp. 277-302. Madrid: Biblioteca Nueva.
- León-Rubio J. M., Medina-Anzano S., Barriga S., Herrera I., & Ballesteros A. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

- Leon Rubio J.M. & Medina Anzano S.(2002). *Psicología Social de la Salud : Fundamentos Teóricos y Metodológicos*. Comunicación Social, Ediciones y Publicaciones. ISBN 84-932251-8-5
- León-Rubio J. M. (2006). Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial: bases para la construcción de una psicología social de la salud. Lusíada; *Psicología*, (3),pp. 75-94.
- Leung J., Pachana N.A. & McLaughlin D. (2014).Social support and health related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho Oncology*, 23 (9), pp.1014-1020. doi: 10.1002/pon.3523
- Liao M.N., Cheng S.C., Chen S.C., Lin Y.C., Chen M. F., Wang C.H., Hsu Y. S., Hsueh-Chih Hung H.C., Jane H. W. (2015). Change and predictors of symptom distress in breast cancer patients following the first 4 months after diagnosis. *Journal of the Formosan Medical Association* , 114 (3) , pp. 246 – 253. doi:10.1016/j.jfma.2013.06.009
- Lilja Å., Smith G., Malmström P., Salford L. G., Idvall I., & Horstman V. (2003). Psychological profile in patients with stages I and II breast cancer: Associations of psychological profile with tumor biological prognosticators. *Psychological Reports*, 92(3), pp. 1187-1198. doi:http://0-dx.doi.org.fama.us.es/10.2466/PR0.92.3.1187-1198
- Linden W., Girgis A. (2012). Psychological treatment outcomes for cancer patients: what do meta-analyses tell us about distress reduction?. *Psychooncology*,21(4), pp.343-350. doi: 10.1002/pon.2035.
- López-Abente G., Pollán M., Aragonés N., Pérez B., Hernández V., Lope V. et al. (2005). *La situación del cáncer en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Recuperado de

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/opsc_est2.pdf

- López Roig S., Terol M.C., Pastor M.A., Neipp M.C., Massutí B., Rodríguez-Marín J., Leyda J.I., Martín-Aragón M. & Sitges E. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*. 12(2), pp.127. Recuperado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=635579>
- Lorenzo-Seva U. & Van Ginkel J. R. (2015). Multiple Imputation of missing values in exploratory factor analysis of multidimensional scales : estimating latent trait scores. *Anales*. In press.
- Lorenzo-Seva U. & Ferrando P.J. (2013). FACTOR 9.2 A Comprehensive Program for Fitting Exploratory and Semiconfirmatory Factor Analysis and IRT Models. *Applied Psychological Measurement*. 37(6). 497-498.
- Lorenzo-Seva U. & Ferrando P.J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavioral Research Methods, Instruments and Computers*. 38(1). 88-91.
- Luengo-Fernandez R., Leal J., Gray A. & Sullivan R. (2013). Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *Lancet Oncol.*, 14(12), pp.1165-1174. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70442-X.
- Lv F.Q., Zhang Q. & Wang X. (2014). Evaluation of clinical application on Quality of Life of 46 systematic reviews from the cochrane breast cancer group. *Annals Of Oncology*, 25, 4 Abstract de reunión: 1389PD. doi:0.1093/annonc/mdu353.3
- Marcus, A. C., Garrett, K. M., Cella D., Wenzel L., Brady M. J., Fairclough D., Pate-Willig M., Barnes D., Powell Emsbo S., Kluhsman B. C., Crane L., Sedlacek S. and

- Flynn P. J. (2010). Can telephone counseling post-treatment improve psychosocial outcomes among early stage breast cancer survivors?. *Psycho-Oncology*, 19, pp. 923–932. doi: 10.1002/pon.1653
- Mardia K. V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*. 57. 519-530.
 - Massie M.J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr.* ,32, pp.57-71. Recuperado de <http://consensus.nih.gov/2002/2002CancerpaINDepressionFatigueSOS022Program.pdf#page=28>
 - McDonald. R.P. (1999). Test theory: A unified treatment. Mahwah. NJ: Lawrence Erlbaum.
 - MacNeil, L., Esposito-Smythers, C., Mehlenbeck, R., & Weismoore, J. (2012). The effects of avoidance coping and coping self-efficacy on eating disorder attitudes and behaviors: A stress-diathesis model. *Eating Behaviors*, 13, pp.293-296. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.06.005
 - Maners A. & Champion V. L. (2011). Coping and quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. *Western Journal of Nursing Research*, 33(8), pp.1106-1107. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/923954764?accountid=14744>
 - Medina Anzano S., León Rubio J. M., Cantero Sánchez F. J. & Troyano Rodríguez Y. (2006). El hospital y la hospitalización fuentes de estrés: Estrategias de intervención. Lusíada; *Psicología*, (3), pp.111-126.
 - Mehnert A. (2011). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol.*, 77(2), pp. 109-130. doi: 10.1016/j.critrevonc.2010.01.004.

- Meier E. A. (2011). Psychosocial variables as predictors of depression in breast cancer survivors: The impact of age.(Order No. AAI3451865). Available from PsycINFO. Recuperado de <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/docview/920225609?accountid=14744>
- Mesenguer C. (2003). *El adulto con cáncer*. Manual de Psicooncología. Madrid: Ades ediciones.
- Mislevy R.J. & Bock R.D. (1990). *BILOG 3 Item analysis and test scoring with binary logistic models*. Mooresville: Scientific Software.
- Mystakidou K., Watson M., Tsilika E., Parpa E., Primikiri A., Katsouda E., Vlahos L. (2005). Psychometric analyses of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale in a Greek palliative care unit. *Psychooncology*,14 (1), pp.16-24. doi:: 10.1002/pon.801
- Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007 (2008). *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* 2008, 27,32 doi:10.1186/1756-9966-27-32
- Montero I. & León O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), pp. 847-862. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
- Moorey S. & Greer S. (1989). *Psychological Therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: Heinemann Medical Books.
- Morató, M. (2006). Análisis de la valoración psicológica mediante la Hospital Anxiety and Depression Scale en pacientes operadas de cáncer de mama. *Enf Clínica*, 16, pp. 144-147. doi: 10.1016/S1130-8621(06)71201-3

- Moreira H.C. & Canavarró M.C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *Eur J Oncol Nurs.*, 14 (4), pp.263-270. doi: 10.1016/j.ejon.2010.04.001.
- Moreno P., Almoacid V., Queipo S. & Lluch A. (2006). Análisis del proceso de enfermedad: variables médicas y psicológicas en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 3(1), pp.163-174. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0606130163A/15962>
- Factors associated with health-related quality of life in a cohort of Spanish breast cancer patients
- Moro-Valdezate D., Buch-Villa E., Peiro S., Morales-Monsalve M.D., Caballero-Garate A., Martínez-Agullo A., Checa-Ayet F. & Ortega-Serrano J. (2014). Factors associated with health-related quality of life in a cohort of Spanish breast cancer patients. *Breast Cancer*, 21 (4), pp. 442-452. doi:10.1007/s12282-012-0402-x
- Morse J. & Johnson J.(1992). The illness experience: Dimensions of suffering. *Thousand Oaks, CA: Sage Publications*; 6 (2), 180-181. doi: 10.1525/maq.1992.6.2.02a00150
- Morris T., Pettingale K. & Haybittle J.(2007). Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-Oncology*, 1(2), pp.105–114. doi: 10.1002/pon.2960010207
- NANDA Internacional. (2012). *Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificaciones. 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
- Naughton M.J., Shumaker S.A., Anderson R.T. & Czajkowski S.M. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Spilker, B. Cap. 15 , pp.117-131, New York, Lippincott-Raven.

- NCCN Guidelines for psychological care in the oncology patients (2008). National Comprehensive Cancer Network.
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp
- Neipp M.C., López-Roig S., Terol M.C. & Pastor M.A. (2009). Changes in control beliefs, emotional status and psychosocial adaptation among women with breast cancer. *Anales de Psicología*, 25 (1), pp. 36-4. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v25/v25_1/04-25_1.pdf
- Nelson C.Y., Yeung & Qian Lu. (2014). Affect mediates the association between mental adjustment styles and quality of life among Chinese cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 19 (11), pp. 1420-1429. doi: 10.1177/1359105313493647
- Nordin K., Berglund G., Terje I. & Glimelius B. (1999). The Mental Adjustment to Cancer Scale – A psychometric analysis and the concept of coping. *Psycho-Oncology*, 8, pp. 250-259. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199905/06)8:3<250::AID-PON379>3.0.CO;2-J
- Northouse L., Mood D.W., Schafenacker A., Kalemkerian G., Zalupski M., LoRusso P. et al. (2013). Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers. *Psychooncology*, 22, pp. 555–563. doi: 10.1002/pon.3036
- Ocampo J., Valdez-Medina J.L., Gonzalez-Arratia N., Andrade- Palos P., Oblitas-Guadalupe L.A. & García-Fabela R.O. (2011). Psychological predictable variables in the quality of life of patients with breast cancer. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20 (3), pp.265-269. Recuperado de <http://www.cienciaried.com.ar/ra/doc.php?n=1569>

- Olivares M.E. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en psicología latinoamericana*, 22, pp.29-48. Descargado de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2741881.pdf
- Oliveira I.S., Costa L.C.M., Manzoni A.C.T. & Cabral C.M.N. (2014). Assessment of the measurement properties of quality of life questionnaires in Brazilian women with breast cancer. *Brazilian Journal Of Physical Therapy*, 18 (4), pp. 372-383.doi: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0045
- Organización Mundial de la Salud . *Temas de salud: Enfermedades crónicas*. [En línea] 2013. [Citado el 1 de 07 de 2013]. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- OMS: Salud Mental. WHO [En línea] 2013. [Acceso el día 1 de 07 de 2013]. http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf.MNH/PSF/95.1.D.Rev.1
- OMS. Calidad de vida.(2002) En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión. Ginebra, 84-6. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/media/en/423.pdf>
- Osborne R.H., Elsworth G.R., Kissane D.W., Burke S.A. & Hopper J.L. (1999). The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale: replication and refinement in 632 breast cancer patients. *Psychol Med.* , 29(6), pp.1335-45.
- Osowiecki D.M. & Compas B.E.(1998). Psychological adjustment to cancer: Coping and control beliefs in adults in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22, pp. 483-499. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1018725716620#page-1>

- Palesh O.G., Collie K., Carlson R. & Spiegel D.(2007). Depression, pain, and stress as predictors of sleep disturbance among women with metastatic breast cancer. *Biol. Psychol.* 75(1), pp. 37-44. doi:10.1016/j.biopsycho.2006.11.002
- Park C. L. & Iacocca M. O. (2014). A stress and coping perspective on health behaviors: theoretical and methodological considerations. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(2), pp. 123-137. doi:10.1080/10615806.2013.860969
- Parelkar P., Thompson N.J., Kaw C.K., Miner K.R. & Stein K.D. (2013). Stress coping and changes in health behaviour among cancer survivors: a report from the American Cancer Society's Study of cancer survivors-II (SCS-II). *Journal of Psychosocial Oncology*, 31, pp. 136-152. doi:10.1080/07347332.2012.761322
- Patrick D. & Erickson P.(1993). *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press. New York, Recuperado de <http://rds.epi-ucsf.org/ticr/syllabus/courses/46/2005/10/06/Lecture/readings/Health%20Status%20and%20Health%20Policy.pdf>
- Peuckmann V., Ekholm O., Rasmussen N.K., Groenvold M., Christiansen P., Moller S., Eriksen J. & Sjogren P. (2009). Chronic pain and other sequelae in long-term breast cancer survivors: Nationwide survey in Denmark. *European Journal of Pain*, 13 (5), pp. 478-485. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.05.015
- Petticrew M., Bell R. & Hunter D.(2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ*, 325, pp. 1066. doi: 10.1136/bmj.325.7372.1066
- Phillips K., Osborne R.H., Giles G.G., Dite G.S., Apicella C., Hopper J.L. & Milne R.L.(2008). Psychosocial factors and survival of young women with breast cancer: a

population-based prospective cohort study. *J Clin Oncol.*,26(28), pp. 4666-4671. doi: 10.1200/JCO.2007.14.8718.

- Popek V. & Hönig K. (2015). Cancer and family: Tasks and stress of relatives. *Nervenarzt*, 86 (3), pp.266-273. doi: 10.1007/s00115-014-4154-z.
- Quiles Y. & Terol M.C. (2008). Afrontamiento y trastorno de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 40 (2), pp. 259-280. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v40n2/v40n2a05.pdf>
- Reich M. & Remor E. (2014). Psychological Variables Associated With Health-Related Quality-of-Life in Uruguayan Women Surgically Intervened for Breast Cancer. *Psychology, Community & Health*, 3(3), pp. 172. doi:10.5964/pch.v3i3.98
- Reich M. & Remor E. (2010). Variables psicosociales asociadas con calidad de vida en mujeres con cáncer de mama postcirugía: una revisión sistemática. *Ciencias Psicológicas* IV (2), pp. 177 – 221. Recuperado de https://www.uam.es/otros/PSPDLab/default.html/Publicaciones_files/2010%20Reich%20%26%20Remor%20Variables%20psicosociales%20asociadas%20con%20la%20CVRS%20en%20mujeres%20con%20cancer%20de%20mama%20post%20cirugia%20una%20revisi%20sistemica.pdf
- Rincon M.E., Perez M.A., Borda M. & Martin A. (2010). Factors that predict a good post-surgical psychosocial adjustment in breast cancer patients. *Estudios de Psicología*, 31(3), pp. 325-337. doi:10.1174/021093910793154376
- Riter Bob. Cancer Resource Center. Ithaca Nueva York. <http://www.crcfl.net/>
- Rohani C., Abedi H.A., Omranipour R. & Langius Eklof A. (2015). Health related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spiritually and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with

comparative design. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13 UNSP40. doi: 10.1186/s12955-015-0229-1

- Rodríguez I. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: Un estudio empírico y clínico*. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, madrid. Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/2516/1491_rodriguez_fernandez_maria_isabel.pdf?sequence=1
- Rodríguez-Marín J., Pastor M.A. & López-Roig S.(1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, Suplemento, pp. 349-372. Recuperado de <http://hdl.handle.net/123456789/2872>
- Rosedale M., Mei R. F. (2010). Confronting the unexpected: temporal, situational, and attributive dimensions of distress in symptom experience for breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 37 (1), pp. 28-33. doi: 10.1188/10.ONF.E28-E33.
- Saboonchi F., Petersson L., Wennman-Larsen A., Alexanderson K., Brännström R. & Vaez M. (2014). Changes in caseness of anxiety and depression in breast cancer patients during the first year following surgery: Patterns of transiency and severity of the distress response. *European Journal Of Oncology Nursing*, 18(6), 598-604. doi:10.1016/j.ejon.2014.06.007
- Santesmases Mestre, M. (2009). DYANE versión 4. Madrid: Pirámide.
- Schmid-Büchia S., Halfensb R., Dassenc T. & Van den Borne B. (2011). Psychosocial problems and needs of posttreatment patients with breast cancer and their relatives. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3), pp. 260–266. doi:10.1016/j.ejon.2009.11.001

- SchouI I., Ekeberg O. & Ruland C.M. (2004). Pesimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho Oncology*, 13, pp.309-320. doi: 10.1002/pon.747
- SchouI I., Ekeberg O. & Ruland C.M. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho Oncology*,14, pp.718-727. doi: 10.1002/pon.896
- Schreiber K.L., Kehlet H., Belfer I. & Edwards R.R. (2014). Predicting, preventing and managing persistent pain after breast cancer surgery: the importance of psychosocial factors. *Pain Management*, 4 (6), pp. 445-459. doi: 10.2217/pmt.14.
- Schwartzmann L.(2003). Calidad de vida relacionada con la salud. *Ciencia enfermera*, IX (2),pp. 9-21. doi:10.4067/S0717-95532003000200002
- Seok J., Choi W.J., Lee Y.S., Park C.S., Oh Y.J., Kim J.S. & Chang H.S. (2013). Relationship between Negative Mental Adjustment to Cancer and Distress in Thyroid Cancer Patients. *Yonsei Medical Journal*, 54 (3),pp. 658-664. doi: 10.3349/ymj.2013.54.3.658
- Shields C., Finley M. & Chawla W. (2012). Couple and family Interventions in health problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 (1) pp. 265-280.doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00269.x
- Shimizu K. Nakaya N. Saito-Nakaya K, Akechi T., Ogawa A., Fujisawa D., Sone T., Yoshiuchi K., Goto K., Iwasaki M, Tsugane S. & Uchitomi, Y. (2015). Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Japanese Journal of Clinical Oncology*,45 (5), pp. 456-463. doi: 10.1093/jjco/hyv024.

- Silva S.M., Moreira H.C. & Canavarro M.C. (2012). Examining the links between perceived impact of breast cancer and psychosocial adjustment: the buffering role of posttraumatic growth. *Psychooncology*, 21 (4), pp:409-418. doi: 10.1002/pon.1913.
- So W.K.W., Chow K.M., Chan H.Y.L., Choi K.C., Wan R.W.M., Mak S.S.S., Chair S.Y. & Chan C.W.H. (2014). Quality of life and most prevalent unmet needs of Chinese breast cancer survivors at one year after cancer treatment. *European Journal Of Oncology Nursing*, 18 (3), pp. 323-328. doi 10.1016/j.ejon.2014.03.002
- Sociedad Española de Oncología Médica (2014). Las cifras del Cáncer en España 2014.
Recuperado:http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf
- Sohl S.J., Levine B. & Avis N.E. (2015). Evaluation of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) scale for early post-treatment breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 24 (1), pp. 205-212. doi: 10.1007/s11136-014-0749-x
- Soriano J.(2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología. *Boletín de Psicología*, 75, pp.73-85. Recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>
- Sousa H., Guerra M. & Lencastre L. (2015). Preditores da qualidade de vida numa amostra de mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 33 (1), pp. 39-53. doi: 10.14417/ap.832
- Spinhoven P.H., Ormel J., Sloekers P.P., Kempen G.I., Speckens A.E., Van Hemert A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* ., 27, pp. 363-370.
- Stagl J.M., Antoni M.H., Lechner S.C., Bouchard L.C., Blomberg B.B., Gluck S., Derhagopian R.P. & Carver C.S. (2015) . Randomized Controlled Trial of Cognitive

Behavioral Stress Management in Breast Cancer: A Brief Report of Effects on 5-Year Depressive Symptoms. *Health Psychology*, 34 (2), pp. 176-180. doi: 10.1037/hea0000125

- Stark D. (2002). Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 15, 20 (14), pp. 3137-3148. doi: 10.1200/JCO.2002.08.549
- Stout N. L., Binkley J. M., Schmitz K. H., Andrews K., Hayes S. C., Campbell K. L., McNeely M. L., Soballe P. W., Berger A. M., Cheville A. L., Fabian C., Gerber L. H., Harris S. R., Johansson K., Pusic A. L., Prosnitz R. G. & Smith R. A. (2012). A prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*, 118, pp. 2191–2200. doi: 10.1002/cncr.27476
- Sucala M., Petrisor C., Achimas-Cadariu P & David D. (2014). Predictors of Quality of Life during chemotherapy for breast cancer. Investigating the role of multidimensional symptoms and dysfunctional beliefs. *Journal of Evidence Based Psychoterapies*, 14(2), pp. 137-148. Recuperado de <https://www.questia.com/library/journal/1P3-3481780061/predictors-of-quality-of-life-during-chemotherapy>
- Swchartz C.E., Daltroy L.H., Brandt U., Friedman R., Stolbach L.(1992) A psychometric analysis of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Psychological Medicine*, 22, pp:203-210
- Tanimukai H., Hirai K., Adachi H., Kishi A. (2014). Sleep problems and psychological distress in family members of patients with hematological malignancies in the Japanese population. *Annals of Hematology*, 93 (12), pp. 2067-2075. doi 10.1007/s00277-014-2139-4

- Taylor S.(2003). Manejo de la enfermedades crónicas. *Psicología de la Salud*, pp. 309. México:MacGraw-Hill Intramericana.
- Ten Berge J.M.F, Snijders T.A.B. & Zegers F.E. (1981). Computational aspects of the greatest lower bound to reliability and constrained minimum trace factor analysis. *Psychometrika*,46, pp. 201-213.doi: 10.1007/BF02293900
- Ten Berge J.M.F. & Socan G. (2004). The greatest lower bound to the reliability of a test and the hypothesis of unidimensionality. *Psychometrika*, 69, pp. 613-625.doi: 10.1007/BF02289858
- Testa M. (1996). Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. *N. Engl. J. Med.*, 13(28), pp. 835-840. doi: 10.1056/NEJM199603283341306
- Thorne S. & Murray C. (2000). Social constructions of breast cancer. *Health care for Women International*, 21, pp. 141- 159. doi:10.1080/073993300245221
- Timmerman. M. E.. & Lorenzo-Seva. U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*. 16. 209-220. doi: 10.1037/a0023353
- Trigoso V. (2009). Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).Tesis doctoral. Asesora magali Nóblega. Universidad Católica del Peru. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/414/TRIGOSO_OBANDO_VIVIANA_PROPIEDADES_PSICOMETRICAS.pdf?sequence=1
- Van Amstel F.K.P., Van Ham M.A.P.C., Peters E.J., Prins J.B. & Ottevanger P.B. (2015). Self-Reported Distress in Patients With Ovarian Cancer Is It Related to Disease Status?.*International Journal Of Gynecological Cancer*, 25 (2), pp. 229-235. doi: 10.1097/IGC.0000000000000355

- Vandebos G.R. (2011). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*. Méjico. El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Vas J., Méndez C., Perea-Milla E., Vega E., Panadero M.D., León-Rubio J. M. & Jurado R. (2004). Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomised controlled trial. *Bmj*, 329(7476), 1216. doi: 10.1136/bmj.38238.601447.3A
- Vas J., Perea-Milla E., Méndez C., Navarro C. S., León-Rubio J. M. L., Brioso M., & Obrero I. G. (2006). Efficacy and safety of acupuncture for chronic uncomplicated neck pain: a randomised controlled study. *Pain*, 126(1), 245-255.
- Veach T. A., Nicholas D. R., & Barton M. A. (2002). *Cancer and the Family Life Cycle: A Practitioner's Guide*. New York: Taylor & Francis.
- Verdecchia A., Santaquilani M. & Sant M.(2009). Survival for cancer patients in Europe. *Ann. Ist. Super Sanità*, 45(3), pp.315-324. Recuperado de http://www.iss.it/binary/publ/cont/ANN_09_40_Verdecchia.pdf
- Vinaccia S. & Orozco L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1 (2), pp. 125-137. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=pt&tlng=es.
- Voogte V.D. (2005). Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 14, pp. 262-273. doi: 10.1002/pon.842
- Wade T. D., Nehmy T. & Koczwara B. (2005). Predicting worries about health after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 14, pp. 503–509. doi: 10.1002/pon.866
- Wagner M.K., Armstrong D. & Langhlin J.E. (1995). Cognitive determinants of quality of life onset of cancer. *Psychol. Reserch*. 77, pp. 147-154. doi: 10.2466/pr0.1995.77.1.147

- Waldron E.A., Janke E.A., Bechtel C.F., Ramirez M. & Cohen, A. (2013). A systematic review of psychosocial interventions to improve cancer caregiver quality of life. *Psychooncology*, 22, pp.1200–1207. doi: 10.1002/pon.3118
- Wang Y.I., Hou M.F. & Shi H.Y. (2014). A longitudinal prospective analysis of depression, anxiety, and quality of life of breast cancer patients. *European Journal Of Cancer*, 50, pp. E47-E47. Suplemento: 4 Abstract de reunión: P0133. doi: 10.1016/j.ejca.2014.03.177
- Wang X., Wang S.S., Peng R.J., Qin T., Shi Y.X., Teng X.Y., Liu D.G. & Chen W.Q. (2012). Interaction of Coping Styles and Psychological Stress on Anxious and Depressive Symptoms in Chinese Breast Cancer Patients. *Qualitative Health Research*, 22 (2), pp. 250-262. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/med/22799382>
- Watson M., Greer S., Young J., Inayat Q., Burgess C. & Obertson B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, pp. 203-209. doi: 10.1017/S0033291700002026
- Watson M., Haviland J.S., Greer S., Davidson J. & Bliss J.M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 354 (9187), pp.1331-1336. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673698113922>
- Watson, M. & Homewood J. (2008). Mental Adjustment to Cancer Scale: Psychometric Properties in a Large Cancer Cohort. *Psycho-Oncology*, 17(11), pp:1146-51. doi: 10.1002/pon.1345.
- Whitford H.S. & Olver I.N. (2012). The multidimensionality of spiritual wellbeing: peace, meaning and faith and their association with quality of life and coping in oncology. *Psycho Oncology*, 21, pp.602-610. doi: 10.1002/pon.1937

- Wilkinson S. (2008). Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: lo personal y lo político. *Anuario de Psicología*, 39(1), pp.23-39. Recuperado de:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97017401003>
- Woodhouse B. & Jackson P.H. (1977). Lower bounds to the reliability of the total score on a test composed of nonhomogeneous items: II. A search procedure to locate the greatest lower bound. *Psychometrika*. 42. 579-591.
doi: 10.1007/BF02295980
- Wu H.S. & Harden J. (2015). Symptom Burden and Quality of Life in Survivorship: A Review of the Literature. *Cancer Nursing*, 38(1), pp. E29-E54.
doi: 10.1097/NCC.0000000000000135
- Articles: Online Only
- Wu, H.S., Natavio T., Davis J. & Yarandi H. (2013). Pain in Outpatients Treated for Breast Cancer: Prevalence, Pharmacological Treatment, and Impact on Quality of Life. *Cancer Nursing*, 36 (3), pp. 229–235. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182664c95
- Zabalegui, A., Vidal, A., Soler, D. & Latre, E. (2002). Análisis empírico del concepto de afrontamiento. *Enf. Clínica*, 12 (1), pp.29-38. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862102737327>
- Zabora J., Brintzenhofeszoc B., Curbow B., Hooker R.C. & Piantadosi S. (2001). The prevalence of Psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10, pp.19-28. doi:10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19: AID-PON501>3.0.CO;2-6
- Zhou G., Gan Y., Knoll N. & Schwarzer R. (2013). Research report: Proactive coping moderates the dietary intention–planning–behavior path. *Appetite*, 70, pp. 127-133.
doi: 10.1016/j.appet.2013.06.097
- Zueca A., Lambert S.D., Boyes A.W. & Pallant J. (2012). Rash analysis of the Mini Mental Adjustment to Cancer Scale among a heterogeneous sample of a long term

cancer survivors: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10
(55). doi: 10.1186/14

Citas

“El conocimiento es una aventura en espiral que tiene un punto de partida histórico, pero no tiene término...debe sin cesar realizar círculos concéntricos”

Edgar Morin

“Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontes ese sufrimiento”

Víctor Frankl

Anexo 1. Patrones Funcionales de Salud

Las enfermeras trabajan con las respuestas o conductas que las personas/familias general ante la salud, la enfermedad o los cambios en el ciclo vital (Gordon, 2003), con el objetivo de apoyar y acompañar a las personas para que sean capaces de realizar/modificar todas las conductas necesarias para alcanzar el bienestar, recuperar su satisfacción con la vida, aumentar su calidad de vida o morir dignamente. En palabras de Kerouac (1995), “el cuidado va dirigido al bienestar tal y como la persona lo concibe. La enfermera...la acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino. Intervenir significa “estar con” la persona y en una atmósfera de mutuo respeto la enfermera crea las posibilidades de desarrollar el potencial de la persona”.

Para ello requieren realizar una valoración exhaustiva. Uno de los modos más extendidos de realizar esta valoración son los patrones funcionales de salud propuestos por Gordon (2003) que establece 11 patrones funcionales de salud detallados a continuación:

1. Patrón de manejo-percepción de la salud. En este patrón se valora la percepción, creencias y experiencias previas que las personas tienen sobre la salud, así como las conductas de promoción y protección de salud que habitualmente realizan, sus conductas de gestión de la propia salud y la exploración de factores de riesgo como historia familiar, estilo de vida, nivel socioeconómico, etc.

2. Patrón nutricional-metabólico, en el que se analiza la dieta estándar, incluyendo los líquidos, que la persona habitualmente realiza, los hábitos de compra y cocina, los ritos en torno a la comida, los factores que influyen en la ingesta, desde factores culturales, económicos o sociales, a restricciones dietéticas, alergias, apetito, gusto, olfato, y estado de las mucosas. También se incluye la influencia de las emociones sobre los hábitos de comida y bebida.
3. Patrón de eliminación, donde se explora y registra los hábitos de eliminación urinaria, fecal y sudoración, percepción de cambios en los mismos. Creencias relacionadas con la salud y culturales relacionadas, ayudas para la eliminación, historia de problemas físicos o psicológicos relacionados.
4. Patrón de actividad-ejercicio, focalizado en las actividades de la vida diaria, la práctica de ejercicio habitual, y las creencias en torno al mismo, los factores limitantes de la actividad o coadyuvantes para la actividad, como el auto concepto o la auto motivación, la historia de problemas previos relacionados y la utilización de recursos o ayudas a la movilidad.
5. Patrón de reposo-sueño en el que se valora los hábitos de descanso, rituales de inducción al sueño, creencias, uso de ayudas. Factores que ayudan o dificultan el sueño e historia previa relacionada.
6. Patrón cognitivo-perceptual en el que se incluye desde la exploración de los órganos de los sentidos y ayudas, hasta la percepción de confort, dolor, satisfacción, malestar, creencias y valores relacionados, ayudas para aliviar el malestar, capacidad de comprensión, nivel educativo, capacidad de toma de decisiones, etc.

7. Patrón de percepción-auto concepto que explora el yo social: ocupación, situación familiar, grupos sociales, la identidad personal: fortalezas, debilidades, descripción de uno mismo, el yo físico: preocupaciones sobre el cuerpo, preferencias, valores y creencias; amenazas al auto concepto, cambio de rol, de imagen, etc., y sentimientos sobre sí mismo.
8. Patrón de rol-relaciones, que valora los roles de la persona con respecto a su familia, y entorno significativo, su satisfacción/insatisfacción con su rol, la estructura y apoyo familiar, la toma de decisiones familiares, la amenaza del problema de salud sobre el desempeño del rol, y la historia previa de dificultades en el patrón y su forma de afrontarla.
9. Patrón de sexualidad-reproducción, donde se incluye el patrón habitual de relaciones, la satisfacción con las mismas, preocupaciones o problemas relacionados, descripción de prácticas sexuales de riesgo, la historia previa menstrual y reproductiva, y el impacto de la salud en las relaciones.
10. Patrón de adaptación-tolerancia al estrés, que valora la naturaleza de los estresores habituales para la persona, la percepción del nivel de estrés, la respuestas habituales que le desencadenan, la gestión del mismo y su efectividad las estrategias de afrontamiento utilizadas habitualmente a través de sus cambios vitales y pérdidas, la percepción de control sobre los acontecimientos, conocimiento y utilización de técnicas de manejo del estrés, e historia de problemas físicos o psicológicos relacionados.
11. Patrón de valores-creencias en el que además del registro de creencias religiosas y de la cultura de la que procede la persona se añaden aspectos relacionados con los valores fundamentales de la persona, la importancia de los aspectos religiosos/espirituales en su vida, las conductas de salud

relacionadas con su cultura, y el impacto de los problemas de salud/
cambios vitales en sus creencias.

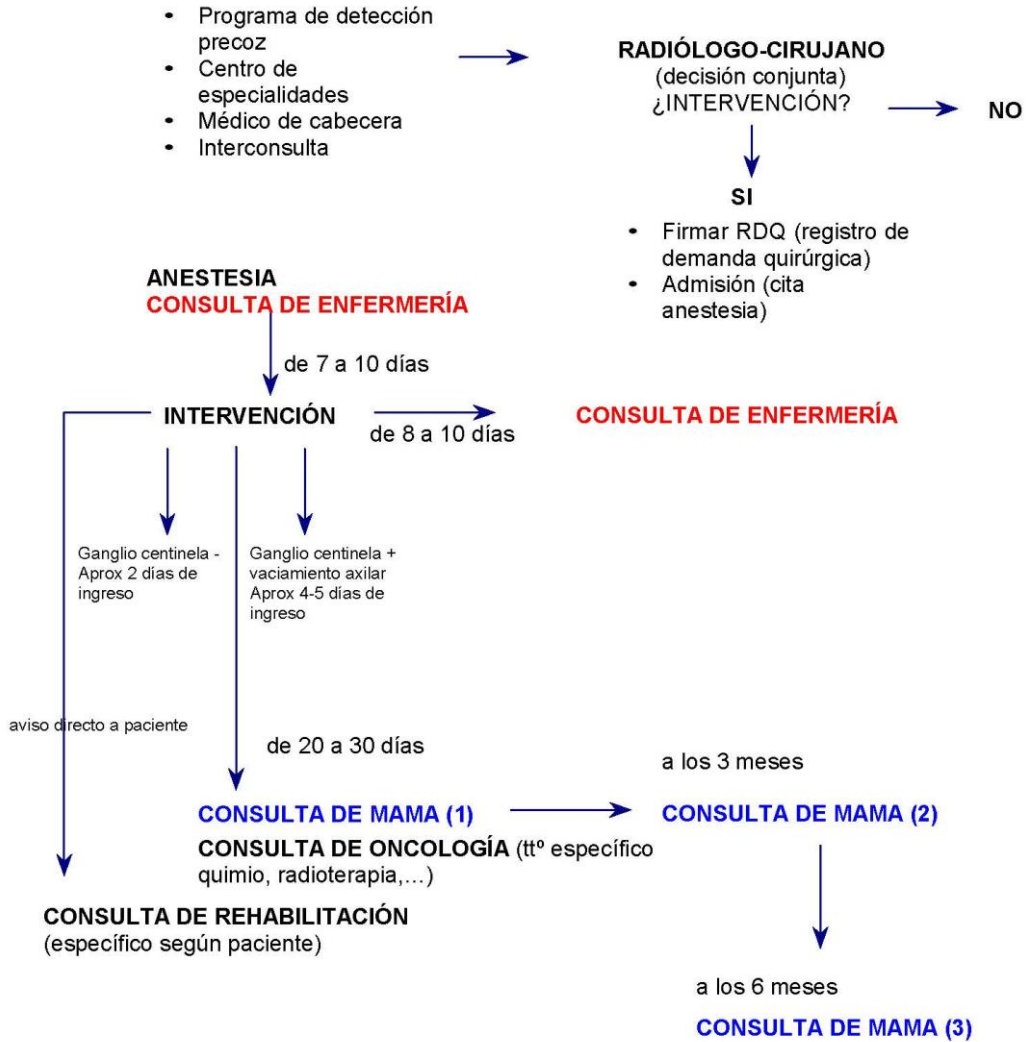
Nº REGISTRO

Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida en mujeres desde atención primaria de salud



***CUADERNO DE RECOGIDA DE
DATOS***

CIRCUITO PACIENTE



Cronograma Grupo Control/Experimental

Fecha de Ingreso: ___/___/_____

Nº REGISTRO

Fecha de Alta: ___/___/_____

Día Ingreso	Questionarios	Realizado por	Observaciones	
	- Valoración enfermera - Captación y Consentimiento informado - Datos Básicos Paciente - Despistaje Diagnóstico - Calidad de vida (EORTC)			
48 horas ingreso	- Ansiedad / Depresión (HAD)			
	- Dolor (EVA)			
	- Ajuste mental a la enfermedad (MAC)			
Fecha	Intervención	Realizada por	Observaciones	
3 mes inclusión fecha:	Questionarios	Realizado por	Observaciones	
	- Calidad de vida (EORTC)			
	- Ansiedad / Depresión (HAD)			
	- Dolor (EVA)			
	- Ajuste mental a la enfermedad (MAC)			
- Variables de control				
6 mes inclusión fecha:	- Ansiedad / Depresión (HAD)			
	- Dolor (EVA)			
	- Despistaje Diagnóstico			
	- Ajuste mental a la enfermedad (MAC)			
	- Variables de control			
1 año inclusión fecha:	- Calidad de vida (EORTC)			
	- Ansiedad / Depresión (HAD)			
	- Dolor (EVA)			
	- Despistaje Diagnóstico			
	- Ajuste mental a la enfermedad (MAC)			
	- Variables de control			

Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida en mujeres desde atención primaria de salud



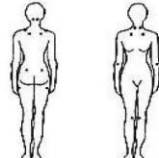
***CUADERNO DE RECOGIDA DE
DATOS***

HOSPITALIZACIÓN

Fecha: ____/____/____



e> Fecha/hora de ingreso: Edad:
 e> Diagnóstico médico/motivo del ingreso:
 e> Cuidador principal:
 e> Domicilio al alta: Teléfono:
 e> Centro de Atención Primaria de referencia:

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA		DdE posibles:
1. PATRÓN PERCEPCIÓN/MANEJO DE LA SALUD: Alergias: _____ Hábitos: <input type="radio"/> Tabaco: _____ <input type="radio"/> Alcohol: _____ <input type="radio"/> Otras: _____ Patologías crónicas: _____ Medicamentos que toma: _____ Dificultad para seguir: TTº médico: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si: Cuidados: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si: <input type="radio"/> Falta de información <input type="radio"/> Falta de información <input type="radio"/> Incapacidad <input type="radio"/> Incapacidad <input type="radio"/> Falta de motivación <input type="radio"/> Falta de motivación <input type="radio"/> Otros: _____ <input type="radio"/> Otros: _____ Desea más información: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si: _____ Observaciones: _____		Riesgo de lesión Negación ineficaz Manejo inefectivo del régimen terapéutico Conocimientos deficientes (especificar) _____ Incumplimiento del tratamiento Conductas generadoras de salud Manejo efectivo del régimen terapéutico. Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Test de Fagerström - Cuestionario Malt
2. PATRÓN NUTRICIÓN/METABOLISMO: ALIMENTACIÓN: <input type="radio"/> Alimenta. oral <input type="radio"/> Alimenta. <input type="radio"/> SNG (tipo, fecha colocación): _____ <input type="radio"/> Ostomía (tipo, fecha colocación): _____ enteral: _____ Dieta/líquidos (habitual): _____ <input type="radio"/> Dieta/líquidos (actual): _____ <input type="radio"/> Falta de apetito <input type="radio"/> Problemas de deglución <input type="radio"/> Náuseas/vómitos: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Falta de dientes <input type="radio"/> Prótesis: _____ <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> Peso/Talla: _____ ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS: <input type="radio"/> Íntegra <input type="radio"/> Deshidratada <input type="radio"/> Coloración: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Ictericia <input type="radio"/> Cianosis <input type="radio"/> Palidez <input type="radio"/> UPP: Estado: _____ Localización: _____ <input type="radio"/> Herida quirúrgica: Localización: _____ <input type="radio"/> Edemas: _____ <input type="radio"/> Otros: _____ Observaciones: _____		Riesgo de aspiración Deterioro de la deglución Riesgo de/ desequilibrio nutricional por defecto Desequilibrio nutricional por exceso Riesgo de/ deterioro de la integridad cutánea Riesgo de infección Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Braden, Emina - MNA - MUST 
3. PATRÓN ELIMINACIÓN: Eliminación <i>Patrón habitual:</i> Intestinal: <input type="radio"/> Hemorroides <input type="radio"/> Ayudas: _____ <input type="radio"/> Ostomías: _____ Eliminación <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Colector <input type="radio"/> S. Urinaria/urostomía (tipo, fecha colocac.): _____ Urinaria: <input type="radio"/> Incontinencia <input type="radio"/> Absorbente <input type="radio"/> Otros: _____ Drenajes: Tipo: _____ Fecha de colocac.: _____ Observaciones: _____		Riesgo de/ estreñimiento Incontinencia fecal-urinaria Riesgo de infección Riesgo de/ deterioro de la integridad cutánea Riesgo de/ baja autoestima situacional Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria

4. PATRÓN ACTIVIDAD / EJERCICIO:		DdE posibles:
Situación habitual:	<input type="checkbox"/> Deambulante <input type="checkbox"/> Sillón-cama <input type="checkbox"/> Encamado <input type="checkbox"/> Inestabilidad de la marcha: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Intolerancia a la actividad Riesgo de síndrome de desuso
Situación actual:	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Falta/reducción energía <input type="checkbox"/> Requiere dispositivo: _____ <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Requiere de otra persona para ayuda/supervisión o enseñanza	Riesgo de caídas Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Deterioro de la movilidad física
Autocuidados:	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Necesita ayuda: <input type="checkbox"/> Alimentac. <input type="checkbox"/> Eliminación <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Vestido	Déficit de autocuidados: Limpieza ineficaz de vías aéreas
Respiración:	<input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> Disnea reposo <input type="checkbox"/> Disnea esfuerzo <input type="checkbox"/> Ruidos respir. <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Tos inefectiva <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Traqueostomía	Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Índice de Barthel, Katz, Lawton
Observaciones: _____		
5. PATRÓN SUEÑO / DESCANSO:		Riesgo de/ deterioro del patrón de sueño
Patrón habitual: _____		Cuestionarios, índices, test (sugeridos):
Ayudas no farmacológicas: _____		- Cuestionar. de Oviedo
Observaciones: _____		
6. PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTUAL:		Riesgo de aspiración
Nivel de consciencia:	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Somnoliento <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estuporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Otro: _____	Riesgo de síndrome de desuso
Alteraciones senso percept.:	<input type="checkbox"/> Sin alteración <input type="checkbox"/> Falta de atención estímulo lado afectado <input type="checkbox"/> Déficit visual <input type="checkbox"/> Déficit auditivo <input type="checkbox"/> Requiere disposit.:	Dolor crónico Riesgo de traumatismo Riesgo de caídas Desatención unilateral
Nivel orientac.:	<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	Cuestionarios, índices, test (sugeridos):
Dolor:	<input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Agudo Localización: _____ Intensidad-EVA: _____ Ayudas no farma.: _____	- Test de Pfeiffer - MEC - Test del informador
Observaciones: _____		
7. PATRÓN AUTOPERCEPTIVO / AUTOCONCEPTO:		Ansiedad-temor
¿Tiene sensación de ansiedad/temor? _____		Riesgo de/ baja autoestima situacional-crónica
¿Se siente menos útil/válido desde que está enfermo/hospitalizado? _____		Riesgo de/ trastorno de la imagen corporal
¿Le preocupa los cambios funcionales/corporales? _____		Cuestionarios, índices, test (sugeridos):
Observaciones: _____		- Test de Goldberg, Yesavage
8. PATRÓN ROL / RELACIONES:		Deterior. comunicac. verbal
Comunicación:	<input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> D. comprensión <input type="checkbox"/> D. escritura <input type="checkbox"/> D. lectura <input type="checkbox"/> D. expresión <input type="checkbox"/> Otros idioma <input type="checkbox"/> Laringectomiz. <input type="checkbox"/> Traqueostomía	Riesgo de/ cansancio rol cuid. Aislamiento social
Cuidador ppal. Capacidad:	<input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> Dificultad <input type="checkbox"/> Incapacidad	Interrupción procesos familia.
Observaciones: _____		Cuestionarios, índices, test (sugeridos):
		- C. A. Familiar, C. Zarit - I. E. Cuidador. - C. DUKE-UNC
9. PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN:		Patrón sexual inefectivo
<input type="checkbox"/> Menstruación (fórmula): _____		
<input type="checkbox"/> Menopausia _____		
<input type="checkbox"/> Sangrado postmenopáusicos: _____		
¿Influye la enfermedad en su sexualidad? _____		
Observaciones: _____		
10. PATRÓN ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS:		Afrontamiento inefectivo
¿Tiene sensación habitual de estrés? _____		Afrontamiento defensivo
¿Cree que se adaptarán (paciente/familia) al cambio que supone la hospitalización/enfermedad? _____		Afrontamiento familiar: comprometido-incapacitante
Observaciones: _____		
11. PATRÓN VALORES / CREENCIAS:		Riesgo de/ sufrimiento espiritual
¿Influye su enfermedad/hospitaliz. en alguna práctica religiosa/espiritual? _____		
Durante su estancia en el hospital, ¿necesitará servicios religiosos? _____		
Observaciones: _____		

Puntuación Escala de riesgo de UPP: _____ Riesgo: _____ Protocolo de prevención: NO SI

¿Quiere añadir algo más?: _____

Nombre y apellidos de la Enfermera Referente: _____
Fecha y Firma

Nº DE REGISTRO

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA PACIENTE Y FAMILIA

Antes de proceder a la firma del consentimiento informado, le rogamos lea atentamente la siguiente información. Es importante que usted entienda los principios generales que se aplican a todos los pacientes que toman parte en el estudio:

- La participación en el estudio es completamente voluntaria.
- El beneficio personal puede no alcanzarse, pero se pueden obtener conocimientos científicos que pueden beneficiar a otros.
- Si no desea participar en este estudio, su decisión no repercutirá en sus cuidados habituales.
- Si está de acuerdo en participar, tiene la libertad de retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna.
- Si decide retirarse o no participar, continuará atendiéndose con los mejores medios disponibles.
- Los objetivos del estudio, riesgos, inconvenientes, molestias o cualquier otra información sobre el estudio que usted requiera le será facilitada por el investigador responsable, para darle la oportunidad de tomar la decisión de participar o no en el mismo.

Título del estudio

Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama, desde atención primaria de salud.

Objetivos y metodología del estudio

Se trata de un estudio promovido por Enfermeras Gestoras de Casos de Atención Primaria pertenecientes al Área Hospitalaria Virgen del Rocío, para valorar la efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial a la población de mujeres con esta patología.

Los objetivos que se plantean se resumen en: abordar de una forma global la adaptación o ajuste psicológico a la enfermedad, a los tratamientos y sus efectos secundarios, así como la rehabilitación física, la reinserción y la rehabilitación sociolaboral de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, pero haciéndolo en su propio medio, a través de las enfermeras de familia.

ENTREGAR ESTA HOJA A LA PACIENTE

Si usted decide participar en el estudio, podrá incluirse en el grupo control, que no recibe el apoyo de esta intervención enfermera o en el grupo experimental, que si lo recibe. La inclusión en uno u otro grupo se realizará mediante el azar, por lo que tiene igual probabilidad de participar en un grupo que en otro, dependiendo de la fecha en la que se encuentre hospitalizado.

En concreto su participación en el estudio se basa en cumplimentar una serie de cuestionarios sobre calidad de vida, niveles de ansiedad, depresión, dolor, satisfacción, afrontamiento, y otras variables de control (náuseas, vómitos, consumo de fármacos analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos y reingresos hospitalarios).

Asimismo si finalmente es incluido se le realizará un seguimiento telefónico y se le citará, si es preciso, para cumplimentar alguno de los cuestionarios anteriormente citados.

Beneficios esperados

El posible beneficio que se puede generar con el estudio, sería determinar la influencia de una intervención de apoyo psicosocial, a mujeres con cáncer de mama, por las enfermeras de familia contribuyendo en la mejora de su calidad de vida.

Sin embargo debe usted saber que no podemos garantizar o prometer que la inclusión en el estudio le reporte beneficio alguno, aunque se pueden obtener conocimientos científicos que podrán beneficiar a otras personas posteriormente.

Compensación Económica

La participación en el estudio no implica ninguna compensación económica ni ningún gasto para usted.

Acontecimientos adversos

Dada la naturaleza del estudio, es muy improbable que se produzcan acontecimientos adversos, salvo las molestias derivadas de la cumplimentación de cuestionarios y las llamadas de teléfono.

Confidencialidad

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador responsable del estudio, María Ángeles Díaz Rico, Enfermera Gestora de Casos. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el investigador principal/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

ENTREGAR ESTA HOJA A LA PACIENTE

Si se publican los resultados del estudio, sus datos personales no serán publicados y su identidad permanecerá anónima.

Financiación

Este estudio está financiado por el Instituto de Salud Carlos III.

Retirada del consentimiento

Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Si usted no desea participar más en el estudio y usted lo quiere así, todos sus datos identificables serán destruidos. También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno.

Los datos obtenidos en este estudio serán utilizados exclusivamente para obtener conclusiones científicas.

Investigador principal

Si necesita alguna otra información adicional puede ponerse en contacto con el investigador principal del proyecto:

María Ángeles Díaz Rico

Teléfono de contacto: 677903859

ENTREGAR ESTA HOJA A LA PACIENTE

Nº DE REGISTRO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PACIENTE POR ESCRITO

Título del estudio "Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama, desde atención primaria de salud".

Yo D^a

.....

He leído las hojas de información que se me han entregado.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

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.

Y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Firma de la participante

Archivar esta hoja en la carpeta de consentimientos informados

Nº REGISTRO

Datos básicos de la paciente

Nombre y apellidos:	
Nº Historia Clínica:	Hab/cama:
Domicilio:	
Teléfonos de contacto:	
Nombre de la enfermera de familia:	

Archivar esta hoja en el registro de filiaciones
Trasmitir esta información telefónicamente a su enfermera de familia

N° REGISTRO

Datos básicos paciente

Población:

C Salud:

Distrito:

Fecha de nacimiento:

Estado civil: soltera casada separada viuda

N° de hijos:

Otros convivientes: Sí No

Estudios: Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

Diagnóstico:

Fecha de ingreso:

Fecha de alta:

Días estancia:

Cuidador Familiar: SI NO

Nombre enfermera hospital:

Teléfono:

Localización:

Fecha de la Intervención Quirúrgica:

Tipo de intervención:

Conservadora Vaciamiento mama Vaciamiento ganglionar

Tratamiento adyuvante:

Quimioterapia Radioterapia Tratamiento hormonal

Enfermera gestora de casos:

OBSERVACIONES:

NOTA: Áreas sombreadas a cumplimentar en Primaria

HOSPITALIZACIÓN

N° REGISTRO

DIAGNÓSTICOS DE DESPISTAJE

00071 Afrontamiento Defensivo: Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

SI NO

00069 Afrontamiento inefectivo: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

SI NO

00146 Ansiedad: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

SI NO

00147 Ansiedad ante la muerte: Sensación vaga y preocupante de inquietud o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

SI NO

00120 Baja autoestima situacional: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (mastectomía)

SI NO

00124 Desesperanza: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar energía en su provecho.

SI NO

00125 Impotencia: Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

SI NO

00118 Trastorno de la imagen corporal: Confusión en la imagen mental del yo físico.

SI NO

00126 Conocimientos Deficientes (especificar):

SI NO

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico:

SI NO

Otros:

HOSPITALIZACION

N° REGISTRO

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA (EORTC):

Por favor, ponga la fecha de hoy: Día.....Mes.....Año.....

Estamos interesados en algunas cuestiones acerca de usted y de su salud. No hay respuestas correctas o erróneas. Por favor, responda a todas las preguntas poniendo un círculo en el número que le parezca más adecuado. La información que usted nos de será estrictamente confidencial.

	NO	SI
1.- ¿Podría hacer esfuerzos importantes en casa moviendo muebles pesados?	1	2
2.- Si usted quisiera, ¿Podría correr una distancia corta? (Por ejemplo: 20 o 25 metros)	1	2
3.- ¿Tiene algún problema para dar un paseo largo? (Por ejemplo: Durante más de media hora)	1	2
4.- ¿Tiene algún problema para dar un paseo corto? (Por ejemplo: dar la vuelta a la manzana)	1	2
5.- ¿Está usted en la cama o sentada la mayor parte del día?	1	2
6.- ¿Tiene que pasar en su casa la mayor parte del día?	1	2
7.- ¿Necesita ayuda para coser, vestirse, lavarse o ir al aseo?	1	2
8.- ¿Encuentra alguna dificultad para hacer su trabajo o sus labores domésticas?	1	2
9.- ¿Le impide su estado trabajar o hacer sus labores domésticas?	1	2

DURANTE LA SEMANA PASADA:

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
10.- ¿Tuvo dificultad para respirar?	1	2	3	4
11.- ¿Tuvo dolor?	1	2	3	4
12.- ¿Necesitó hacer reposo?	1	2	3	4
13.- ¿Se sintió enferma?	1	2	3	4
14.- ¿Tuvo problemas para dormir?	1	2	3	4
15.- ¿Se sintió débil? (Floja, sin fuerzas)	1	2	3	4
16.- ¿Perdió apetito?	1	2	3	4

DURANTE LA SEMANA PASADA:

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
17.- ¿Tuvo náuseas?	1	2	3	4
18.- ¿Vomitó?	1	2	3	4
19.- ¿Tuvo estreñimiento?	1	2	3	4
20.- ¿Tuvo diarrea?	1	2	3	4
21.- ¿Se cansaba con facilidad?	1	2	3	4
22.- ¿Tuvo dificultad para concentrarse o recordar cosas?	1	2	3	4
23.- ¿Pudo sentarse cómodamente y sentirse relajada? (tranquila)	1	2	3	4
24.- ¿Perdió interés por su apariencia física?	1	2	3	4
25.- ¿Se sintió intranquila como si tuviera que moverse?	1	2	3	4
26.- ¿Vio las cosas con alegría	1	2	3	4
27.- ¿En algún momento sintió pánico de repente?	1	2	3	4
28.- ¿Pudo disfrutar de un buen libro, programa de radio o TV.?	1	2	3	4
29.- ¿Le interesan estas actividades como antes?	1	2	3	4
30.- ¿Se sintió tensa? (Nerviosa)	1	2	3	4
31.- ¿Pudo reírse y divertirse?	1	2	3	4
32.- ¿Se encontraba bien físicamente?	1	2	3	4
33.- ¿Afectó su enfermedad a su vida familiar o social?	1	2	3	4
34.- ¿Afectó el tratamiento a su vida familiar o social?	1	2	3	4
35.- Su enfermedad o el tratamiento ¿le causa problemas económicos?	1	2	3	4
36.- ¿Estuvo preocupada por la caída del cabello?	1	2	3	4
37.- ¿Tuvo úlceras en la boca o lengua?	1	2	3	4
38.- ¿Tuvo fiebre?	1	2	3	4
39.- ¿Disminuyó su deseo sexual?	1	2	3	4
40.- ¿Disminuyeron sus relaciones sexuales?	1	2	3	4
41.- ¿Obtuvo el mismo placer en sus relaciones sexuales?	1	2	3	4
42.- ¿Tuvo dificultades para encontrar ropa que le sentase bien?	1	2	3	4
43.- ¿Cambió la relación personal con su marido?	1	2	3	4

HOSPITALIZACION

Nº REGISTRO

ESCALA H.A.D.

FECHA:

El personal que le atiende conoce la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el profesional sabe cual es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mayor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a las enfermeras a conocer como siente usted afectiva y emocionalmente. 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 necesario 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 tenso/a, nervioso/a:
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:
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:
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 capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:
0	Igual que siempre
1	Actualmente algo menos
2	Actualmente mucho menos
3	Actualmente en absoluto
A	5- Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
3	Casi todo el día
2	Gran parte del día
1	De vez en cuando
0	Nunca
D	6-Me siento alegre:
3	Nunca
2	Muy pocas veces
1	En algunas ocasiones
0	Gran parte del día

	A	7- Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajadamente:
	0	Siempre
	1	A menudo
	2	Raras veces
	3	Nunca
D		8- Me siento lento/ y torpe:
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:
	0	Nunca
	1	Sólo en algunas ocasiones
	2	A menudo
	3	Muy a menudo
D		10- He perdido el interés por mi aspecto personal:
3		Completamente
2		No me cuido como debiera hacerlo
1		Es posible que no me cuido como debiera
0		Me cuido como siempre lo he hecho
	A	11- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
	3	Realmente mucho
	2	Bastante
	1	No mucho
	0	En absoluto
D		12- Espero las cosas con ilusión:
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:
	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 o televisión:
0		A menudo
1		Algunas veces
2		Pocas veces
3		Casi nunca

Revise el cuestionario por si se ha olvidado de responder alguna pregunta.

HOSPITALIZACIÓN

Nº REGISTRO

CUESTIONARIO MAC

FECHA:

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece su enfermedad. Por favor, señale el número adecuado a la derecha de cada frase, indicando hasta qué punto pueden aplicarse a Ud. en el presente. Si está **segura de que no** puede aplicarse a Ud., señale el 1 en la primera columna, si **creo que no** puede aplicarse a Ud., señale el 2 en la segunda columna, si **creo que sí** que puede aplicarse a Ud., señale el 3 en la tercera columna, y si está **segura de que sí** puede aplicarse a Ud., señale el 4. El 1 y el 2 equivalen a FALSO; el 3 y el 4 equivalen a VERDAD.

0. Por favor, escriba el nombre de su enfermedad:.....

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
1. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, cambiar la dieta)	1	2	3	4
2. Creo que no puedo hacer nada para animarme	1	2	3	4
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro	1	2	3	4
4. Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud	1	2	3	4
5. No le doy vueltas a la cabeza sobre la enfermedad	1	2	3	4
6. Creo firmemente que mejoraré	1	2	3	4
7. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas	1	2	3	4
8. Dejo todo en manos de mis médicos	1	2	3	4
9. Siento que en la vida no me queda esperanza	1	2	3	4
10. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, ejercicio físico)	1	2	3	4
11. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella	1	2	3	4
12. Será lo que Dios quiera	1	2	3	4
13. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)	1	2	3	4
14. Me preocupa que vuelva la enfermedad o que vaya a peor la que tengo	1	2	3	4
15. He tenido una buena vida; lo que me quede es un suplemento	1	2	3	4
16. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud	1	2	3	4

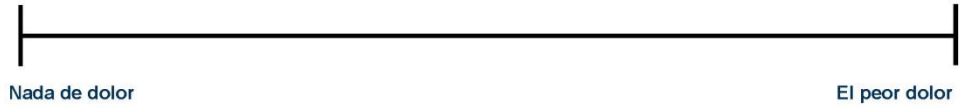
Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres desde atención primaria de salud.

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
17. Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme	1	2	3	4
18. Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre	1	2	3	4
19. Me gustaría entrar en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo	1	2	3	4
20. Estoy decidida a ponerlo todo por detrás de mi misma	1	2	3	4
21. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mi	1	2	3	4
22. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad	1	2	3	4
23. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
24. De momento, procuro vivir día a día	1	2	3	4
25. Me siento como si me hubiera rendido	1	2	3	4
26. Trato de tomármelo con sentido del humor	1	2	3	4
27. Hay gente que se preocupa por mí más que yo misma	1	2	3	4
28. Pienso en otras personas que están peor que yo	1	2	3	4
29. Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad	1	2	3	4
30. Creo que no puedo controlar lo que sucede	1	2	3	4
31. Trato de tener una actitud muy positiva	1	2	3	4
32. Estoy tan ocupada que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad	1	2	3	4
33. Evito informarme más sobre la enfermedad	1	2	3	4
34. Veo mi enfermedad como un reto	1	2	3	4
35. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será	1	2	3	4
36. Me siento completamente desorientada sobre lo que he de hacer	1	2	3	4
37. Estoy muy enfadada por lo que me ha pasado	1	2	3	4
38. En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna	1	2	3	4
39. Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad	1	2	3	4
40. Intento luchar contra la enfermedad	1	2	3	4

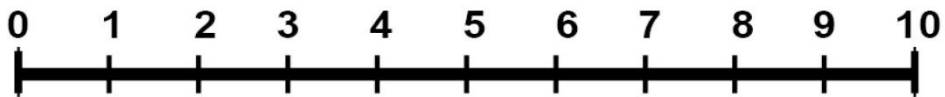
HOSPITALIZACIÓN

Nº REGISTRO

Eva dolor



Doble por la línea de puntos y pida a la mujer que indique con el dedo en la línea superior donde se situaría el dolor que sufre más habitualmente, en relación con los dos extremos. Para hacer la medición se puede utilizar esta regla numerada a modo de guía. Anotar el resultado si usar decimales.



RESULTADO:

Nº REGISTRO

Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida en mujeres desde atención primaria de salud



***CUADERNO DE RECOGIDA DE
DATOS***

3 MESES

Fecha: _____

3 MESES

N° REGISTRO

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA (EORTC):

Por favor, ponga la fecha de hoy: Día.....Mes.....Año.....

Estamos interesados en algunas cuestiones acerca de usted y de su salud. No hay respuestas correctas o erróneas. Por favor, responda a todas las preguntas poniendo un círculo en el número que le parezca más adecuado. La información que usted nos de será estrictamente confidencial.

	NO	SI
1.- ¿Podría hacer esfuerzos importantes en casa moviendo muebles pesados?	1	2
2.- Si usted quisiera, ¿Podría correr una distancia corta? (Por ejemplo: 20 o 25 metros)	1	2
3.- ¿Tiene algún problema para dar un paseo largo? (Por ejemplo: Durante más de media hora)	1	2
4.- ¿Tiene algún problema para dar un paseo corto? (Por ejemplo: dar la vuelta a la manzana)	1	2
5.- ¿Está usted en la cama o sentada la mayor parte del día?	1	2
6.- ¿Tiene que pasar en su casa la mayor parte del día?	1	2
7.- ¿Necesita ayuda para coser, vestirse, lavarse o ir al aseo?	1	2
8.- ¿Encuentra alguna dificultad para hacer su trabajo o sus labores domésticas?	1	2
9.- ¿Le impide su estado trabajar o hacer sus labores domésticas?	1	2

DURANTE LA SEMANA PASADA:

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
10.- ¿Tuvo dificultad para respirar?	1	2	3	4
11.- ¿Tuvo dolor?	1	2	3	4
12.- ¿Necesitó hacer reposo?	1	2	3	4
13.- ¿Se sintió enferma?	1	2	3	4
14.- ¿Tuvo problemas para dormir?	1	2	3	4
15.- ¿Se sintió débil? (Floja, sin fuerzas)	1	2	3	4
16.- ¿Perdió apetito?	1	2	3	4

DURANTE LA SEMANA PASADA:

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
17.- ¿Tuvo náuseas?	1	2	3	4
18.- ¿Vomitó?	1	2	3	4
19.- ¿Tuvo estreñimiento?	1	2	3	4
20.- ¿Tuvo diarrea?	1	2	3	4
21.- ¿Se cansaba con facilidad?	1	2	3	4
22.- ¿Tuvo dificultad para concentrarse o recordar cosas?	1	2	3	4
23.- ¿Pudo sentarse cómodamente y sentirse relajada? (tranquila)	1	2	3	4
24.- ¿Perdió interés por su apariencia física?	1	2	3	4
25.- ¿Se sintió intranquila como si tuviera que moverse?	1	2	3	4
26.- ¿Vio las cosas con alegría	1	2	3	4
27.- ¿En algún momento sintió pánico de repente?	1	2	3	4
28.- ¿Pudo disfrutar de un buen libro, programa de radio o TV.?	1	2	3	4
29.- ¿Le interesan estas actividades como antes?	1	2	3	4
30.- ¿Se sintió tensa? (Nerviosa)	1	2	3	4
31.- ¿Pudo reírse y divertirse?	1	2	3	4
32.- ¿Se encontraba bien físicamente?	1	2	3	4
33.- ¿Afectó su enfermedad a su vida familiar o social?	1	2	3	4
34.- ¿Afectó el tratamiento a su vida familiar o social?	1	2	3	4
35.- Su enfermedad o el tratamiento ¿le causa problemas económicos?	1	2	3	4
36.- ¿Estuvo preocupada por la caída del cabello?	1	2	3	4
37.- ¿Tuvo úlceras en la boca o lengua?	1	2	3	4
38.- ¿Tuvo fiebre?	1	2	3	4
39.- ¿Disminuyó su deseo sexual?	1	2	3	4
40.- ¿Disminuyeron sus relaciones sexuales?	1	2	3	4
41.- ¿Obtuvo el mismo placer en sus relaciones sexuales?	1	2	3	4
42.- ¿Tuvo dificultades para encontrar ropa que le sentase bien?	1	2	3	4
43.- ¿Cambió la relación personal con su marido?	1	2	3	4

3 MESES

Nº REGISTRO

Variables de Control

1. ¿Conoce su diagnóstico?

Sí No N/C

2. ¿Desde cuando está diagnosticada? Días

3. ¿Cuántos ingresos hospitalarios ha tenido desde que le dieron el alta ?

4. ¿Ha tenido náuseas durante el tratamiento?

Sí No N/C

5. ¿Ha tenido vómitos durante el tratamiento

Sí No N/C

6. ¿Toma analgésicos actualmente?

Sí No N/C

7. En caso de tomarlos ¿con qué frecuencia?

varias veces al día una vez al día varias veces a la semana ocasionalmente

8. ¿Sabe si los medicamentos que toma pueden tener efectos secundarios?

Sí No N/C

9. ¿Toma tratamiento para la ansiedad o la depresión?

Sí No N/C

10. En caso de tomarlos ¿con qué frecuencia?

varias veces al día una vez al día varias veces a la semana ocasionalmente

3 MESES

Nº REGISTRO

ESCALA H.A.D.

FECHA:

El personal que le atiende conoce la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el profesional sabe cual es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mayor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a las enfermeras a conocer como siente usted afectiva y emocionalmente. 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 necesario 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 tenso/a, nervioso/a:
	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:
	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:
	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 capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:
	0	Igual que siempre
	1	Actualmente algo menos
	2	Actualmente mucho menos
	3	Actualmente en absoluto
	A	5- Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
	3	Casi todo el día
	2	Gran parte del día
	1	De vez en cuando
	0	Nunca
D		6- Me siento alegre:
	3	Nunca
	2	Muy pocas veces
	1	En algunas ocasiones
	0	Gran parte del día

	A	7- Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajadamente:
	0	Siempre
	1	A menudo
	2	Raras veces
	3	Nunca
D		8- Me siento lento/ y torpe:
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:
	0	Nunca
	1	Sólo en algunas ocasiones
	2	A menudo
	3	Muy a menudo
D		10- He perdido el interés por mi aspecto personal:
3		Completamente
2		No me cuido como debiera hacerlo
1		Es posible que no me cuido como debiera
0		Me cuido como siempre lo he hecho
	A	11- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
	3	Realmente mucho
	2	Bastante
	1	No mucho
	0	En absoluto
D		12- Espero las cosas con ilusión:
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:
	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 o televisión:
0		A menudo
1		Algunas veces
2		Pocas veces
3		Casi nunca

Revise el cuestionario por si se ha olvidado de responder alguna pregunta.

3 MESES

Nº REGISTRO

CUESTIONARIO MAC

FECHA:

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece su enfermedad. Por favor, señale el número adecuado a la derecha de cada frase, indicando hasta qué punto pueden aplicarse a Ud. en el presente. Si está **segura de que no** puede aplicarse a Ud., señale el 1 en la primera columna, si **creo que no** puede aplicarse a Ud., señale el 2 en la segunda columna, si **creo que sí** que puede aplicarse a Ud., señale el 3 en la tercera columna, y si está **segura de que sí** puede aplicarse a Ud., señale el 4. El 1 y el 2 equivalen a FALSO; el 3 y el 4 equivalen a VERDAD.

0. Por favor, escriba el nombre de su enfermedad:.....

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
1. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, cambiar la dieta)	1	2	3	4
2. Creo que no puedo hacer nada para animarme	1	2	3	4
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro	1	2	3	4
4. Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud	1	2	3	4
5. No le doy vueltas a la cabeza sobre la enfermedad	1	2	3	4
6. Creo firmemente que mejoraré	1	2	3	4
7. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas	1	2	3	4
8. Dejo todo en manos de mis médicos	1	2	3	4
9. Siento que en la vida no me queda esperanza	1	2	3	4
10. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, ejercicio físico)	1	2	3	4
11. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella	1	2	3	4
12. Será lo que Dios quiera	1	2	3	4
13. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)	1	2	3	4
14. Me preocupa que vuelva la enfermedad o que vaya a peor la que tengo	1	2	3	4
15. He tenido una buena vida; lo que me quede es un suplemento	1	2	3	4
16. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud	1	2	3	4

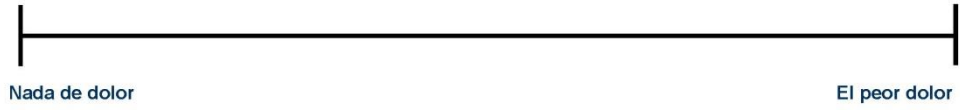
Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres desde atención primaria de salud.

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
17. Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme	1	2	3	4
18. Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre	1	2	3	4
19. Me gustaría entrar en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo	1	2	3	4
20. Estoy decidida a ponerlo todo por detrás de mi misma	1	2	3	4
21. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mi	1	2	3	4
22. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad	1	2	3	4
23. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
24. De momento, procuro vivir día a día	1	2	3	4
25. Me siento como si me hubiera rendido	1	2	3	4
26. Trato de tomármelo con sentido del humor	1	2	3	4
27. Hay gente que se preocupa por mí más que yo misma	1	2	3	4
28. Pienso en otras personas que están peor que yo	1	2	3	4
29. Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad	1	2	3	4
30. Creo que no puedo controlar lo que sucede	1	2	3	4
31. Trato de tener una actitud muy positiva	1	2	3	4
32. Estoy tan ocupada que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad	1	2	3	4
33. Evito informarme más sobre la enfermedad	1	2	3	4
34. Veo mi enfermedad como un reto	1	2	3	4
35. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será	1	2	3	4
36. Me siento completamente desorientada sobre lo que he de hacer	1	2	3	4
37. Estoy muy enfadada por lo que me ha pasado	1	2	3	4
38. En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna	1	2	3	4
39. Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad	1	2	3	4
40. Intento luchar contra la enfermedad	1	2	3	4

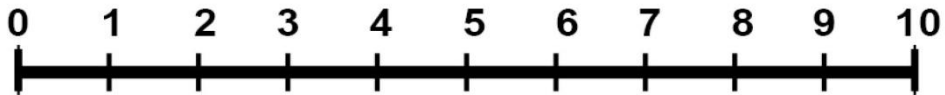
3 MESES

Nº REGISTRO

Eva dolor



Doble por la línea de puntos y pida a la mujer que indique con el dedo en la línea superior donde se situaría el dolor que sufre más habitualmente, en relación con los dos extremos. Para hacer la medición se puede utilizar esta regla numerada a modo de guía. Anotar el resultado si usar decimales.



RESULTADO:

Nº REGISTRO

Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida en mujeres desde atención primaria de salud



***CUADERNO DE RECOGIDA DE
DATOS***

6 MESES

Fecha: _____

6 MESES

Nº REGISTRO

Variables de Control

1. ¿Conoce su diagnóstico?

Sí No N/C

2. ¿Desde cuando está diagnosticada? Días

3. ¿Cuántos ingresos hospitalarios ha tenido desde que le dieron el alta ?

4. ¿Ha tenido náuseas durante el tratamiento?

Sí No N/C

5. ¿Ha tenido vómitos durante el tratamiento?

Sí No N/C

6. ¿Toma analgésicos actualmente?

Sí No N/C

7. En caso de tomarlos ¿con qué frecuencia?

varias veces al día una vez al día varias veces a la semana ocasionalmente

8. ¿Sabe si los medicamentos que toma pueden tener efectos secundarios?

Sí No N/C

9. ¿Toma tratamiento para la ansiedad o la depresión?

Sí No N/C

10. En caso de tomarlos ¿con qué frecuencia?

varias veces al día una vez al día varias veces a la semana ocasionalmente

6 MESES

Nº REGISTRO

ESCALA H.A.D.

FECHA:

El personal que le atiende conoce la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el profesional sabe cual es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mayor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a las enfermeras a conocer como siente usted afectiva y emocionalmente. 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 necesario 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 tenso/a, nervioso/a:
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:
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:
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 capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:
0	Igual que siempre
1	Actualmente algo menos
2	Actualmente mucho menos
3	Actualmente en absoluto
A	5- Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
3	Casi todo el día
2	Gran parte del día
1	De vez en cuando
0	Nunca
D	6- Me siento alegre:
3	Nunca
2	Muy pocas veces
1	En algunas ocasiones
0	Gran parte del día

	A	7- Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajadamente:
	0	Siempre
	1	A menudo
	2	Raras veces
	3	Nunca
D		8- Me siento lento/ y torpe:
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:
	0	Nunca
	1	Sólo en algunas ocasiones
	2	A menudo
	3	Muy a menudo
D		10- He perdido el interés por mi aspecto personal:
3		Completamente
2		No me cuido como debiera hacerlo
1		Es posible que no me cuido como debiera
0		Me cuido como siempre lo he hecho
	A	11- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
	3	Realmente mucho
	2	Bastante
	1	No mucho
	0	En absoluto
D		12- Espero las cosas con ilusión:
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:
	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 o televisión:
0		A menudo
1		Algunas veces
2		Pocas veces
3		Casi nunca

Revise el cuestionario por si se ha olvidado de responder alguna pregunta.

6 MESES

Nº REGISTRO

CUESTIONARIO MAC

FECHA:

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece su enfermedad. Por favor, señale el número adecuado a la derecha de cada frase, indicando hasta qué punto pueden aplicarse a Ud. en el presente. Si está **segura de que no** puede aplicarse a Ud., señale el 1 en la primera columna, si **creo que no** puede aplicarse a Ud., señale el 2 en la segunda columna, si **creo que sí** que puede aplicarse a Ud., señale el 3 en la tercera columna, y si está **segura de que sí** puede aplicarse a Ud., señale el 4. El 1 y el 2 equivalen a FALSO; el 3 y el 4 equivalen a VERDAD.

0. Por favor, escriba el nombre de su enfermedad:.....

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
1. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, cambiar la dieta)	1	2	3	4
2. Creo que no puedo hacer nada para animarme	1	2	3	4
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro	1	2	3	4
4. Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud	1	2	3	4
5. No le doy vueltas a la cabeza sobre la enfermedad	1	2	3	4
6. Creo firmemente que mejoraré	1	2	3	4
7. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas	1	2	3	4
8. Dejo todo en manos de mis médicos	1	2	3	4
9. Siento que en la vida no me queda esperanza	1	2	3	4
10. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, ejercicio físico)	1	2	3	4
11. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella	1	2	3	4
12. Será lo que Dios quiera	1	2	3	4
13. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)	1	2	3	4
14. Me preocupa que vuelva la enfermedad o que vaya a peor la que tengo	1	2	3	4
15. He tenido una buena vida; lo que me quede es un suplemento	1	2	3	4
16. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud	1	2	3	4

Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres desde atención primaria de salud.

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
17. Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme	1	2	3	4
18. Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre	1	2	3	4
19. Me gustaría entrar en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo	1	2	3	4
20. Estoy decidida a ponerlo todo por detrás de mi misma	1	2	3	4
21. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mi	1	2	3	4
22. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad	1	2	3	4
23. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
24. De momento, procuro vivir día a día	1	2	3	4
25. Me siento como si me hubiera rendido	1	2	3	4
26. Trato de tomármelo con sentido del humor	1	2	3	4
27. Hay gente que se preocupa por mí más que yo misma	1	2	3	4
28. Pienso en otras personas que están peor que yo	1	2	3	4
29. Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad	1	2	3	4
30. Creo que no puedo controlar lo que sucede	1	2	3	4
31. Trato de tener una actitud muy positiva	1	2	3	4
32. Estoy tan ocupada que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad	1	2	3	4
33. Evito informarme más sobre la enfermedad	1	2	3	4
34. Veo mi enfermedad como un reto	1	2	3	4
35. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será	1	2	3	4
36. Me siento completamente desorientada sobre lo que he de hacer	1	2	3	4
37. Estoy muy enfadada por lo que me ha pasado	1	2	3	4
38. En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna	1	2	3	4
39. Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad	1	2	3	4
40. Intento luchar contra la enfermedad	1	2	3	4

6 MESES

N° REGISTRO

DIAGNÓSTICOS DE DESPISTAJE

00071 Afrontamiento Defensivo: Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

SI NO

00069 Afrontamiento inefectivo: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

SI NO

00146 Ansiedad: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

SI NO

00147 Ansiedad ante la muerte: Sensación vaga y preocupante de inquietud o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

SI NO

00120 Baja autoestima situacional: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (mastectomía)

SI NO

00124 Desesperanza: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar energía en su provecho.

SI NO

00125 Impotencia: Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

SI NO

00118 Trastorno de la imagen corporal: Confusión en la imagen mental del yo físico.

SI NO

00126 Conocimientos Deficientes (especificar):

SI NO

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico:

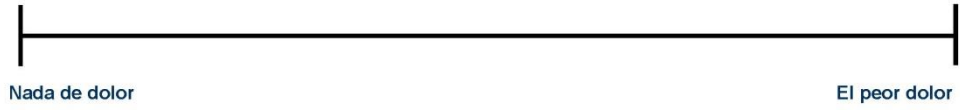
SI NO

Otros:

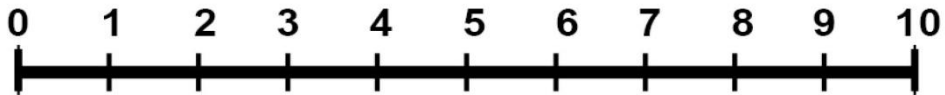
6 MESES

Nº REGISTRO

Eva dolor



Doble por la línea de puntos y pida a la mujer que indique con el dedo en la línea superior donde se situaría el dolor que sufre más habitualmente, en relación con los dos extremos. Para hacer la medición se puede utilizar esta regla numerada a modo de guía. Anotar el resultado si usar decimales.



RESULTADO:

Nº REGISTRO

Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida en mujeres desde atención primaria de salud



***CUADERNO DE RECOGIDA DE
DATOS***

12 MESES

Fecha: _____

12 MESES

Nº REGISTRO

Variables de Control

1. ¿Conoce su diagnóstico?

Sí No N/C

2. ¿Desde cuando está diagnosticada? Días

3. ¿Cuántos ingresos hospitalarios ha tenido desde que le dieron el alta ?

4. ¿Ha tenido náuseas durante el tratamiento?

Sí No N/C

5. ¿Ha tenido vómitos durante el tratamiento

Sí No N/C

6. ¿Toma analgésicos actualmente?

Sí No N/C

7. En caso de tomarlos ¿con qué frecuencia?

varias veces al día una vez al día varias veces a la semana ocasionalmente

8. ¿Sabe si los medicamentos que toma pueden tener efectos secundarios?

Sí No N/C

9. ¿Toma tratamiento para la ansiedad o la depresión?

Sí No N/C

10. En caso de tomarlos ¿con qué frecuencia?

varias veces al día una vez al día varias veces a la semana ocasionalmente

12 MESES

N° REGISTRO

DIAGNÓSTICOS DE DESPISTAJE

00071 Afrontamiento Defensivo: Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

SI NO

00069 Afrontamiento inefectivo: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

SI NO

00146 Ansiedad: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

SI NO

00147 Ansiedad ante la muerte: Sensación vaga y preocupante de inquietud o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

SI NO

00120 Baja autoestima situacional: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (mastectomía)

SI NO

00124 Desesperanza: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar energía en su provecho.

SI NO

00125 Impotencia: Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

SI NO

00118 Trastorno de la imagen corporal: Confusión en la imagen mental del yo físico.

SI NO

00126 Conocimientos Deficientes (especificar):

SI NO

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico:

SI NO

Otros:

12 MESES

N° REGISTRO

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA (EORTC):

Por favor, ponga la fecha de hoy: Día.....Mes.....Año.....

Estamos interesados en algunas cuestiones acerca de usted y de su salud. No hay respuestas correctas o erróneas. Por favor, responda a todas las preguntas poniendo un círculo en el número que le parezca más adecuado. La información que usted nos de será estrictamente confidencial.

	NO	SI
1.- ¿Podría hacer esfuerzos importantes en casa moviendo muebles pesados?	1	2
2.- Si usted quisiera, ¿Podría correr una distancia corta? (Por ejemplo: 20 o 25 metros)	1	2
3.- ¿Tiene algún problema para dar un paseo largo? (Por ejemplo: Durante más de media hora)	1	2
4.- ¿Tiene algún problema para dar un paseo corto? (Por ejemplo: dar la vuelta a la manzana)	1	2
5.- ¿Está usted en la cama o sentada la mayor parte del día?	1	2
6.- ¿Tiene que pasar en su casa la mayor parte del día?	1	2
7.- ¿Necesita ayuda para coser, vestirse, lavarse o ir al aseo?	1	2
8.- ¿Encuentra alguna dificultad para hacer su trabajo o sus labores domésticas?	1	2
9.- ¿Le impide su estado trabajar o hacer sus labores domésticas?	1	2

DURANTE LA SEMANA PASADA:

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
10.- ¿Tuvo dificultad para respirar?	1	2	3	4
11.- ¿Tuvo dolor?	1	2	3	4
12.- ¿Necesitó hacer reposo?	1	2	3	4
13.- ¿Se sintió enferma?	1	2	3	4
14.- ¿Tuvo problemas para dormir?	1	2	3	4
15.- ¿Se sintió débil? (Floja, sin fuerzas)	1	2	3	4
16.- ¿Perdió apetito?	1	2	3	4

DURANTE LA SEMANA PASADA:

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
17.- ¿Tuvo náuseas?	1	2	3	4
18.- ¿Vomitó?	1	2	3	4
19.- ¿Tuvo estreñimiento?	1	2	3	4
20.- ¿Tuvo diarrea?	1	2	3	4
21.- ¿Se cansaba con facilidad?	1	2	3	4
22.- ¿Tuvo dificultad para concentrarse o recordar cosas?	1	2	3	4
23.- ¿Pudo sentarse cómodamente y sentirse relajada? (tranquila)	1	2	3	4
24.- ¿Perdió interés por su apariencia física?	1	2	3	4
25.- ¿Se sintió intranquila como si tuviera que moverse?	1	2	3	4
26.- ¿Vio las cosas con alegría	1	2	3	4
27.- ¿En algún momento sintió pánico de repente?	1	2	3	4
28.- ¿Pudo disfrutar de un buen libro, programa de radio o TV.?	1	2	3	4
29.- ¿Le interesan estas actividades como antes?	1	2	3	4
30.- ¿Se sintió tensa? (Nerviosa)	1	2	3	4
31.- ¿Pudo reírse y divertirse?	1	2	3	4
32.- ¿Se encontraba bien físicamente?	1	2	3	4
33.- ¿Afectó su enfermedad a su vida familiar o social?	1	2	3	4
34.- ¿Afectó el tratamiento a su vida familiar o social?	1	2	3	4
35.- Su enfermedad o el tratamiento ¿le causa problemas económicos?	1	2	3	4
36.- ¿Estuvo preocupada por la caída del cabello?	1	2	3	4
37.- ¿Tuvo úlceras en la boca o lengua?	1	2	3	4
38.- ¿Tuvo fiebre?	1	2	3	4
39.- ¿Disminuyó su deseo sexual?	1	2	3	4
40.- ¿Disminuyeron sus relaciones sexuales?	1	2	3	4
41.- ¿Obtuvo el mismo placer en sus relaciones sexuales?	1	2	3	4
42.- ¿Tuvo dificultades para encontrar ropa que le sentase bien?	1	2	3	4
43.- ¿Cambió la relación personal con su marido?	1	2	3	4

12 MESES

Nº REGISTRO

ESCALA H.A.D.

FECHA:

El personal que le atiende conoce la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el profesional sabe cual es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mayor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a las enfermeras a conocer como siente usted afectiva y emocionalmente. 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 necesario 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 tenso/a, nervioso/a:
	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:
	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:
	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 capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:
	0	Igual que siempre
	1	Actualmente algo menos
	2	Actualmente mucho menos
	3	Actualmente en absoluto
	A	5- Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
	3	Casi todo el día
	2	Gran parte del día
	1	De vez en cuando
	0	Nunca
D		6- Me siento alegre:
	3	Nunca
	2	Muy pocas veces
	1	En algunas ocasiones
	0	Gran parte del día

	A	7- Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajadamente:
	0	Siempre
	1	A menudo
	2	Raras veces
	3	Nunca
D		8- Me siento lento/ y torpe:
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:
	0	Nunca
	1	Sólo en algunas ocasiones
	2	A menudo
	3	Muy a menudo
D		10- He perdido el interés por mi aspecto personal:
3		Completamente
2		No me cuido como debiera hacerlo
1		Es posible que no me cuido como debiera
0		Me cuido como siempre lo he hecho
	A	11- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
	3	Realmente mucho
	2	Bastante
	1	No mucho
	0	En absoluto
D		12- Espero las cosas con ilusión:
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:
	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 o televisión:
0		A menudo
1		Algunas veces
2		Pocas veces
3		Casi nunca

Revise el cuestionario por si se ha olvidado de responder alguna pregunta.

12 MESES

Nº REGISTRO

CUESTIONARIO MAC

FECHA:

A continuación encontrará una serie de frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece su enfermedad. Por favor, señale el número adecuado a la derecha de cada frase, indicando hasta qué punto pueden aplicarse a Ud. en el presente. Si está **segura de que no** puede aplicarse a Ud., señale el 1 en la primera columna, si **creo que no** puede aplicarse a Ud., señale el 2 en la segunda columna, si **creo que sí** que puede aplicarse a Ud., señale el 3 en la tercera columna, y si está **segura de que sí** puede aplicarse a Ud., señale el 4. El 1 y el 2 equivalen a FALSO; el 3 y el 4 equivalen a VERDAD.

0. Por favor, escriba el nombre de su enfermedad:.....

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
1. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, cambiar la dieta)	1	2	3	4
2. Creo que no puedo hacer nada para animarme	1	2	3	4
3. Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro	1	2	3	4
4. Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud	1	2	3	4
5. No le doy vueltas a la cabeza sobre la enfermedad	1	2	3	4
6. Creo firmemente que mejoraré	1	2	3	4
7. Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas	1	2	3	4
8. Dejo todo en manos de mis médicos	1	2	3	4
9. Siento que en la vida no me queda esperanza	1	2	3	4
10. He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, ejercicio físico)	1	2	3	4
11. Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella	1	2	3	4
12. Será lo que Dios quiera	1	2	3	4
13. Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)	1	2	3	4
14. Me preocupa que vuelva la enfermedad o que vaya a peor la que tengo	1	2	3	4
15. He tenido una buena vida; lo que me quede es un suplemento	1	2	3	4
16. Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud	1	2	3	4

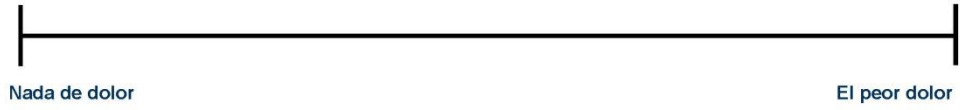
Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres desde atención primaria de salud.

	FALSO		VERDAD	
	Seguro	Creo	Creo	Seguro
17. Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme	1	2	3	4
18. Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre	1	2	3	4
19. Me gustaría entrar en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo	1	2	3	4
20. Estoy decidida a ponerlo todo por detrás de mi misma	1	2	3	4
21. Me cuesta creer que esto me haya pasado a mi	1	2	3	4
22. Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad	1	2	3	4
23. No tengo muchas esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
24. De momento, procuro vivir día a día	1	2	3	4
25. Me siento como si me hubiera rendido	1	2	3	4
26. Trato de tomármelo con sentido del humor	1	2	3	4
27. Hay gente que se preocupa por mí más que yo misma	1	2	3	4
28. Pienso en otras personas que están peor que yo	1	2	3	4
29. Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad	1	2	3	4
30. Creo que no puedo controlar lo que sucede	1	2	3	4
31. Trato de tener una actitud muy positiva	1	2	3	4
32. Estoy tan ocupada que no tengo tiempo de pensar en la enfermedad	1	2	3	4
33. Evito informarme más sobre la enfermedad	1	2	3	4
34. Veo mi enfermedad como un reto	1	2	3	4
35. Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será	1	2	3	4
36. Me siento completamente desorientada sobre lo que he de hacer	1	2	3	4
37. Estoy muy enfadada por lo que me ha pasado	1	2	3	4
38. En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna	1	2	3	4
39. Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad	1	2	3	4
40. Intento luchar contra la enfermedad	1	2	3	4

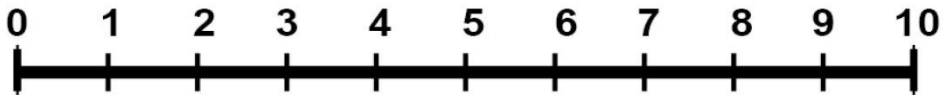
12 MESES

Nº REGISTRO

Eva dolor



Doble por la línea de puntos y pida a la mujer que indique con el dedo en la línea superior donde se situaría el dolor que sufre más habitualmente, en relación con los dos extremos. Para hacer la medición se puede utilizar esta regla numerada a modo de guía. Anotar el resultado si usar decimales.



RESULTADO:

HOJA DE INFORMACIÓN PARA LA PACIENTE Y FAMILIA

Antes de proceder a la firma del consentimiento informado, le rogamos lea atentamente la siguiente información. Es importante que usted entienda los principios generales que se aplican a todos los pacientes que toman parte en el estudio:

- La participación en el estudio es completamente voluntaria.
- El beneficio personal puede no alcanzarse, pero se pueden obtener conocimientos científicos que pueden beneficiar a otros.
- Si no desea participar en este estudio, su decisión no repercutirá en sus cuidados habituales.
- Si está de acuerdo en participar, tiene la libertad de retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna.
- Si decide retirarse o no participar, continuará atendiéndosele con los mejores medios disponibles.
- Los objetivos del estudio, riesgos, inconvenientes, molestias o cualquier otra información sobre el estudio que usted requiera le será facilitada por el investigador responsable, para darle la oportunidad de tomar la decisión de participar o no en el mismo.

Título del estudio

Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama, desde atención primaria de salud.

Objetivos y metodología del estudio

Los objetivos que se plantean se resumen en: abordar de una forma global la adaptación o ajuste psicológico a la enfermedad, a los tratamientos y sus efectos secundarios, así como la rehabilitación física, la reinserción y la rehabilitación sociolaboral de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, pero haciéndolo en su propio medio, a través de las enfermeras de familia.

Si usted decide participar en el estudio, podrá incluirse en el grupo control, que no recibe el apoyo de esta intervención enfermera o en el grupo experimental, que si lo recibe. La inclusión en uno u otro grupo se realizará mediante el azar, por lo que tiene igual probabilidad de participar en un grupo que en otro, dependiendo de la fecha en la que se encuentre hospitalizado.

En concreto su participación en el estudio se basa en cumplimentar una serie de cuestionarios sobre calidad de vida, niveles de ansiedad, depresión, dolor, satisfacción, afrontamiento, y otras variables de control (náuseas, vómitos, consumo de fármacos analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos y reingresos hospitalarios).

Asimismo si finalmente es incluido se le realizará un seguimiento telefónico y se le citará, si es preciso, para cumplimentar alguno de los cuestionarios anteriormente citados.

Beneficios esperados

El posible beneficio que se puede generar con el estudio, sería determinar la influencia de una intervención de apoyo psicosocial, a mujeres con cáncer de mama, por las enfermeras de familia contribuyendo en la mejora de su calidad de vida.

Sin embargo debe usted saber que no podemos garantizar o prometer que la inclusión en el estudio le reporte beneficio alguno, aunque se pueden obtener conocimientos científicos que podrán beneficiar a otras personas posteriormente.

Compensación Económica

La participación en el estudio no implica ninguna compensación económica ni ningún gasto para usted.

Acontecimientos adversos

Dada la naturaleza del estudio, es muy improbable que se produzcan acontecimientos adversos, salvo las molestias derivadas de la cumplimentación de cuestionarios y las llamadas de teléfono.

Confidencialidad

Sus datos serán tratados con la más absoluta confidencialidad según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador responsable del estudio, María Ángeles Díaz Rico, Enfermera Gestora de Casos. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un

código y sólo el investigador principal/colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica.

Si se publican los resultados del estudio, sus datos personales no serán publicados y su identidad permanecerá anónima.

Financiación

Este estudio está financiado por el Instituto de Salud Carlos III.

Retirada del consentimiento

Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Si usted no desea participar más en el estudio y usted lo quiere así, todos sus datos identificables serán destruidos. También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno.

Los datos obtenidos en este estudio serán utilizados exclusivamente para obtener conclusiones científicas.

Investigador principal

Si necesita alguna otra información adicional puede ponerse en contacto con el investigador principal del proyecto:

María Ángeles Díaz Rico

Teléfono de contacto:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PACIENTE POR ESCRITO

Titulo del estudio “Efectividad de una intervención enfermera de apoyo psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama, desde atención primaria de salud”.

Yo D^a.

.....

He leído las hojas de información que se me han entregado.

He recibido suficiente información sobre el estudio. He podido hacer preguntas sobre el estudio.

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.

Y presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Firma de la participante

Anexo 4. Informe Comité Ética de la Investigación



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE CENTRO H.U. VIRGEN DEL ROCÍO

El Comité de Ética de la Investigación de Centro H.U. Virgen del Rocío de Sevilla, en Sesión celebrada el 24 de julio de 2013 (Acta 07/13):

1. Ha procedido a la revisión del proyecto titulado:
 - Código de CEI: **2013PI/198**
 - Presentado por **Mercedes Bueno Ferrán**
 - Titulado: **“Cuidando a mujeres con cáncer de mama: el afrontamiento como predictor de la calidad de vida.”**

2. Tras su valoración procede a emitir **INFORME FAVORABLE** del mismo.

Y para que conste y surta los efectos oportunos se expide la presente certificación en Sevilla, a 25 de Julio de 2013



Fdo.: Antonio Hevia Alonso
Vicepresidente