

Dpto. de PERSONALIDAD, EVALUACION Y
TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DE VALENCIA

CREACION DE UN CUESTIONARIO PARA LAS
PACIENTES CON CANCER DE MAMA



TESIS DOCTORAL
presentada por
Y. ANDREU VAILLO
Dirigida por la Dra.
E. IBAÑEZ GUERRA

1987

UMI Number: U607322

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U607322

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC
789 East Eisenhower Parkway
P.O. Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346

UNIVERSIDAD DE VALÈNCIA
FACULTAD DE PSICÒLOGA
BIBLIOTECA
Reg de Entrada n° 1190
Fecha: 22-12-87
Signature Fernando ASE

BIDOT 1095

D. 472371

L. 472379

*Al Temple
a la Energia
a la Resolucibn
al Encanto
al Sacrificio
al Amor*

*a quien?
sino a ti.*

Como siempre en estos casos, pero no por ello menos cierto, son muchas las personas que me han apoyado y brindado su ayuda para la realización de este trabajo: con su apoyo moral, con el empleo de su tiempo: colaborando en tareas de recogida de muestra, análisis de datos y mecanografiado del manuscrito, o relevándome de otras tareas necesarias en la vida cotidiana.

En particular quisiera mencionar al Dr. Antonio Marquina, quien desinteresadamente nos brindó su ayuda para la realización de los análisis estadísticos; a la Doctora Ma. José Báguena, a quien agradezco su cooperación en el diseño de este trabajo y, como no, a la directora del mismo, la Doctora Elena Ibañez: su orientación y guía han posibilitado la realización de este estudio y sus aclaraciones y matizaciones, mejorado la calidad del mismo.

A todos, sinceramente, GRACIAS.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
I.-MARCO DE REFERENCIA TEORICO	4
1.1.- Factores psicológicos en la etiología del cáncer	4
A) Factores de Personalidad	5
B) Estilos de vida	13
1.2.- Factores psicológicos como resultado de la enfermedad	16
A) Reacciones emocionales	16
B) Predictores del ajuste	28
II.- PLANTEAMIENTO METODOLOGICO	37
2.1.- Consideraciones metodológicas	37
A) Evaluación psicológica de los pacientes con cáncer	45
2.2.- Planteamiento del estudio	52
A) Objetivo del trabajo	52
B) Modo operativo	53
2.3.- Presentación del cuestionario	58

2.4.- Características de la muestra	91
A) Mujeres con cáncer de mama bajo tratamiento poliquimioterapéutico	91
B) Mujeres sin patología orgánica conocida	98
C) Grupo prediagnóstico	98
a) Diagnóstico benigno	99
b) Diagnóstico de cáncer	100
c) Diagnóstico: ausencia de patología mamaria	100
2.5.- Análisis Realizados	108
III.- RESULTADOS	110
3.1.- Análisis Correlacional y Análisis Factorial	110
A) Análisis Correlacional	110
B) Análisis Factorial	120
C) Consistencia Interna	132
3.2.- Análisis Diferencial Bivariado	135
A) Grupo de cáncer bajo tratamiento	135
B) Grupo de cáncer bajo tratamiento y grupo control	139
C) Grupos prediagnóstico	145
* Homogeneización respecto a la variable edad	151
D) Grupo de cáncer bajo tratamiento y grupos prediagnóstico	156
* Homogeneización respecto a la variable edad	160

E) Grupo control y grupos prediagnóstico	164
* Homogeneización respecto a la variable edad	167
3.3. Análisis Diferencial Multivariado	172
A) Análisis Discriminante correspondiente a los grupos de cáncer bajo tratamiento y control ...	172
B) Análisis Discriminante correspondiente a los tres grupos prediagnóstico	175
C) Análisis Discriminante correspondiente a los tres grupos prediagnóstico, al grupo de cáncer bajo tratamiento y al grupo control	177
D) Análisis Discriminante correspondiente a los cinco grupos prediagnóstico	180
E) Análisis Discriminante correspondiente a los siete grupos	183
IV.- DISCUSION Y CONCLUSIONES	186
V.- BIBLIOGRAFIA	195

INTRODUCCION

Es de todos conocido, el interés creciente en los últimos años, suscitado por el tema del cáncer.

De un lado, está el hecho de que se ha asociado con el "azote" de la sociedad actual (como en otros tiempos lo fueron la peste o la tuberculosis) y por otra parte está el hecho de que la palabra "cáncer" conlleva una serie de connotaciones que no se asocian con otras enfermedades, tanto o más prevalentes, como son los desórdenes cardiovasculares. Como ambas, cáncer y enfermedades cardiovasculares, pueden conducir a la muerte, la diferencia en su percepción parece radicar no en el "qué" sino en el "cómo"; no en el hecho en sí mismo: la muerte, sino en los calificativos que a ésta se pueden añadir: rápida, inesperada y poco dolorosa en el caso de enfermedad cardiovascular y ... lenta, mutilante, deteriorante y dolorosa en el caso del cáncer. Hay otro aspecto más, específico del cáncer, y con un gran alcance: su incontrolabilidad. Llevar una vida tranquila, sin grandes excesos de movimiento, alimenticios, etc permite el experimentar un cierto grado de control por parte del paciente cardiovascular sobre su enfermedad. Incluso en la enfermedad más actual, el SIDA, si no ya en su transcurso, si en su "contagio", el individuo "se puede permitir" un cierto manejo de la situación (como nos muestran los medios informativos). El problema de la enfermedad cancerosa es que en ninguno de los momentos del proceso relacionado con ella, el paciente puede ejercer control alguno: es el propio cuerpo que se vuelve contra uno mismo; el propio cuerpo quien se rebela.

Lo anterior se refleja a nivel de metáforas sociales como señala PINELL (1987): la palabra cáncer es

usada como una metáfora de una sociedad enferma, una sociedad se define como cancerosa por su desarrollo incontrolable.

Pero, por otro lado, el cáncer es también una enfermedad de la sociedad actual. Desde esta relación bidireccional, continua el autor, parece como si el cáncer (un resultado del desorden social) inscribe su desorden, de modo analógico, en el cuerpo de la persona enferma, llevándola a la muerte. La secuencia en que podríamos subsumir la percepción del cáncer pudiera ser: Desorden social, Desorden biológico, Muerte "mala" (en el sentido anterior del cómo de esta). Esto no quiere decir, sin embargo, que la relación causal acoja a la sociedad como un todo. Esquemáticamente podríamos decir que los discursos "etiológicos" (Desorden social, Desorden biológico) pueden ser categorizados de acuerdo a si el factor de desorden social es atribuido al funcionamiento de la sociedad (cáncer ocupacional o producido por la "polución" industrial y alimenticia) o de la conducta individual (modos o estilos de vida nocivos para la salud: dietas, cigarrillos, etc.). Retomaremos, aunque brevemente, este punto al hablar de estilos de vida.

Por otro lado, todo el planteamiento previo situado a un nivel general va a tener su repercusión psicológica a nivel estrictamente individual; por un lado, el cáncer, como la enfermedad mutilante, dolorosa, etc.. mencionada va a tener una reacción psicológica en el individuo y su estudio va a tener una plasmación clara en el interés actual y reciente por la calidad de vida del paciente canceroso. Asimismo, y por otra parte, se empieza a plantear, dentro de esa segunda perspectiva que considera al individuo

"responsable" de su patología, la posible intervención de factores psíquicos en la aparición y/o desarrollo del tumor canceroso.

Estos serán los dos grandes apartados que presentaremos a continuación, donde intentaremos entresacar las líneas y resultados más interesantes que se presentan en la actualidad, poniendo el énfasis en el cáncer de mama (donde ello sea posible).

MARCO DE REFERENCIA TEORICO

1.1.- FACTORES PSICOLOGICOS EN LA ETIOLOGIA DEL CANCER

La proposición de que los factores psicológicos pueden contribuir a la etiología del cáncer parece inconcebible, incluso absurda, para muchos investigadores de hoy; pero no fue así siempre. Desde la observación de GALENO de que el cáncer era más frecuente entre las mujeres melancólicas que entre las sanguíneas, varios médicos importantes han informado que el temperamento, la depresión y el stress de vida parecen estar relacionados con el desarrollo y curso del cáncer. JAMES PAGET, por ejemplo, observó que "Son tan frecuentes los casos en los que la ansiedad profunda y el desamparo prolongado son seguidos rápidamente por el crecimiento e incremento del cáncer, que difícilmente podemos dudar de que la depresión mental es un aditamento de peso a las otras influencias que favorecen el desarrollo de la constitución cancerosa" (PAGET, 1870; cit GREER, 1979). Por supuesto las observaciones de médicos, aunque ilustrativas, no constituyen una prueba. Pero no deberían ser rechazados estos informes sin más. Antes bien, ellos indican la necesidad de verificación por medio de estudios sistemáticos (GREER, 1979).

Continúa GREER (1979) señalando que tenemos dos teorías distintas: una establece que el fracaso del cáncer es debido, no a ninguna debilidad del organismo, sino a un cambio en el carácter de las células que las hace no susceptibles al control normal; la otra ve al cáncer como un proceso de desorden que envuelve al individuo como un todo. Esta postula que, cualquiera que sea el agente carcinogénico inmediato o mutación al azar, el desarrollo del cáncer depende, por lo menos en parte, de una desorganización de

los controles homeostáticos que se presume regulan el crecimiento y funcionamiento normal de las células. Propone el autor que, a la vista de que ambas hipótesis tienen valor heurístico y habiéndose inclinado la investigación a favor de los experimentos al nivel celular; parece razonable inclinar la balanza hacia una mayor atención a los estudios en el nivel del paciente. En tales investigaciones deberían ser examinadas no solamente las características biológicas sino también las psicológicas y sociales.

A) FACTORES DE PERSONALIDAD

Dejaremos aquí de lado los estudios psicoanalíticos pioneros en el campo, debido a que adolecen de importantes debilidades como son entre otras: predominio de especulaciones a nivel teórico, utilización a nivel de instrumentos de la entrevista no estructurada o semiestructurada, principalmente; ausencia de información acerca de la fuente de sus datos y, en general, se considera bajo un mismo prisma a todo paciente de cáncer, sin diferenciar tipos de neoplasia.

No obstante, creemos que la corriente psicodinámica merece el reconocimiento de haber hecho tomar conciencia a nivel científico y social del enorme papel que pueden tener, de un modo u otro, los factores psicológicos en las enfermedades neoplásicas (BARRETO y FORNER, 1986).

En concreto, nos referiremos en este apartado a aquellos trabajos provenientes del campo médico-psiquiátrico

o psicológico, en los que la metodología utilizada ha seguido una línea más científica bien sea experimental, bien descriptiva y/o correlacional.

Como señala EYSENCK (1986), dos son las principales características con que se ha vinculado al cáncer. Una de ellas es la ausencia de expresión emocional. La otra la tendencia a desarrollar sentimientos de desamparo o desesperanza ante el stress inevitable.

Aunque hay considerable acuerdo entre diferentes estudios, la mayoría de ellos sufren ciertas debilidades que hacen difícil aceptar sus conclusiones como definitivas (vgr. errores muestrales, conocimiento previo por parte del investigador del diagnóstico, ausencia de grupos de control, etc.). En particular, resultan dudosos aquellos estudios que comparan a los pacientes de cáncer con otros grupos de pacientes o controles; evidentemente el afrontamiento de la enfermedad puede haber producido cambios en la personalidad que no están causalmente relacionados con la enfermedad en un sentido prospectivo.

Algunos estudios han intentado determinar las posibles características psicológicas del paciente de cáncer, examinando a dichos pacientes antes del diagnóstico. De este modo, los pacientes temen que el diagnóstico pueda ser cáncer pero ninguno de ellos conoce cual será el diagnóstico definitivo. Aunque está claro que estos estudios no pueden establecer conclusiones tan definitivas como los estudios prospectivos, si es cierto que tienen un nivel superior a aquellos donde la enfermedad y su proceso, ya son una realidad. Comentaremos algunos estudios situados en esta línea.

MORRIS et al. (1981) realizan un estudio con 50 pacientes, 33 con tumor benigno y 17 con cáncer de mama. Dichas pacientes son entrevistadas el día previo a la biopsia de la mama. Encuentran estos autores corroborada su hipótesis de una asociación significativa entre un diagnóstico de cáncer de mama y un patrón anormal de conducta emocional, particularmente la extrema represión de la ira ($p = 0.01$). También se pasaron los cuestionarios EPI de Eysenck y STAI de Spielberger; los resultados mostraron que las pacientes con cáncer de mama eran menos neuróticas ($p = 0.05$) y presentaban menos ansiedad rasgo (0.10) que las pacientes con tumor benigno.

Usando 30 pacientes con cáncer de mama y 27 mujeres que habían acudido a una revisión poblacional de (screening) mama y no tenían evidencia de tumor de mama, PETTINGALE et al. (1984) obtuvieron evaluaciones objetivas de conducta bajo condiciones de stress manipulado experimentalmente (usando videotapes). Las pacientes de cáncer de mama tuvieron puntuaciones significativamente más altas que el grupo control en la Marlow-Crowne Scale ($p = 0.01$), como medida del estilo de control represivo. Sus puntuaciones sobre la subescala de ira del Courtnald Emotional Control Scale (CECS) fueron también significativamente más altas ($p = 0.05$). En cuanto a las medidas de conducta, las pacientes con cáncer de mama fueron significativamente menos expresivas que las mujeres del grupo control durante el pase de videos estressantes. Se encontró también en el grupo de cáncer una correlación positiva y significativa entre el grado de implicación durante los dos videos stressantes e intentos de controlar sus sentimientos; en el grupo control no apareció tal

correlación. Sin embargo, el estado emocional informado en diferentes momentos del proceso, sugiere que el grupo con cáncer de mama experimentaba más ansiedad y perturbación aunque estaba más inclinado a inhibir estas reacciones.

En un estudio idéntico al previo, WATSON et al. (1984) trataron de verificar si existían correlatos entre el mayor control emocional y medidas autonómicas (ritmo cardíaco y resistencia de la piel). Los autores no encontraron diferencias entre el grupo con cáncer de mama y el grupo control en dichas medidas autonómicas, pero en el grupo de cáncer, la actividad electrodérmica incrementada estuvo significativamente asociada con una tendencia a responder al stress usando un estilo de control represivo. Como señalan los autores, podría ser de interés conocer si estas respuestas se relacionan con el pronóstico.

Otro estudio realizado por GREER (1979) con un grupo de mujeres previo a la biopsia de la mama (69 mujeres presentaron un diagnóstico posterior de cáncer de mama y 91 de tumor benigno) no encontró asociaciones entre el cáncer de mama y las siguientes variables: extroversión, negación como la respuesta característica al stress de vida, depresión durante los cinco años previos y ocurrencia de acontecimientos vitales amenazantes, incluyendo la pérdida de una persona querida, durante los previos 20 años. El principal resultado positivo fue una correlación significativa entre el diagnóstico de cáncer de mama y un patrón de conducta persistente a través de la vida adulta de liberación anormal de la ira; esta asociación estadística fue válida sólo para pacientes menores de 50 años.

Un resultado sorprendente obtenido por el autor es que usando una técnica de análisis dicriminante, la predicción del diagnóstico hecha solamente con las variables psicológicas era tan adecuada (72%) como aquella basada sobre variables clinicas standar.

Hemos mencionado una serie de estudios cuyo objetivo fundamental era verificar la hipótesis de que en las pacientes con cáncer de mama existe un patrón "anormal" de respuesta emocional y en concreto de supresión de la ira. La consistencia en los resultados obtenidos ha llevado a plantearse el estudio de una posible vía psicobiológica que enlace dicho patrón con la patogénesis del cáncer (PETTINGALE, GREER y TEE, 1977).

Comentaremos a continuación dos estudios de tipo prospectivo o longitudinal, realizados por GROSSARTH-MATICEK y su equipo (1986) en los que se observó a los sujetos durante un periodo de 10 años. Estas investigaciones están dando origen a una fuerte controversia, originada en parte por la excesiva "bondad" de los resultados obtenidos, lo que ha hecho poner en duda su credibilidad (BELLOCH, 1987).

El primer estudio fue llevado a cabo en Crevenka, situado en el noroeste de Yugoslavia y el segundo en Heidelberg, en el oeste de Alemania. En el estudio con yugoslavos se incluyeron 1353 sujetos que no padecían de ningún desorden serio y cuyas edades se hallaban comprendidas entre los 50 y los 65 años; en el estudio de Heidelberg se obtuvo una muestra de 1026 personas seleccionadas al azar. Posteriormente, se distinguen dos grupos: 872 sujetos denominados muestra "normal" y 1273 sujetos llamados muestra "stressada" (sujetos considerados

bajo stress por otros que los conocían). Al comienzo del estudio se recopilaron datos psicosociales y médicos y tras un periodo de 10 años se determinó la mortalidad y causa de la muerte.

De las 1353 personas que incluía la muestra yugoslava, 117 hombres y 87 mujeres padecieron cáncer. Los tipos de cáncer más frecuentes entre los hombres fueron los siguientes: pulmón, recto, estómago y próstata. Y los de las mujeres fueron de mama, útero y cervix. Los resultados, en forma de coeficientes de regresión parcial estandarizada, mostraron que un estado crónico de desesperanza y comportamientos y actitudes excesivamente racionales y anti-emocionales mantienen una relación fuertemente positiva con la incidencia del cáncer (.43 y .41, respectivamente).

En el estudio de Heidelberg, las personas fueron agrupadas en cuatro tipos diferentes de personalidad. El tipo I se definió como el tipo de personalidad propenso al cáncer, sobre la base del tipo de reacciones que manifestaba ante el stress: desamparo, desesperanza, depresión y represión de reacciones emocionales manifiestas. El tipo II se caracterizó como predispuesto a padecer enfermedades cardiovasculares, también sobre la base de sus reacciones al stress: irritación crónica, disgusto e ira. Los otros dos tipos (III y IV) reaccionaban de modos no extremos al stress y son asimilables, más o menos, al tipo B de los estudios sobre trastornos cardiovasculares (BELLOCH, 1987).

Los resultados mostraron una elevadísima proporción de muertes por cáncer entre los sujetos adscritos al cuadro de personalidad tipo I. Concretamente, el 46.2% frente a un 5.6%, 1.8% y 0.6% para los tipos II, III y IV, respectivamente.

Evidentemente necesitamos muchos más estudios como los descritos tanto si nos sentimos suspicaces ante los resultados, como si no. En ambos casos, sólo la replicación nos puede dar respuesta a todas las preguntas planteadas.

Otra de las grandes debilidades de las que adolecen también la gran mayoría de estudios es la ausencia de un marco teórico en el cual encuadrar sus resultados. Una teoría elaborada en este sentido es la propuesta por EYSENCK. La sintetizaremos brevemente en una serie de puntos indicados por el autor (EYSENCK, 1983):

1) El concepto de stress no puede ser comprendido sin referencia al esfuerzo, siendo el primero el estímulo, objetivamente medible e idéntico para todos los individuos, y el segundo la respuesta de un individuo dado, frecuentemente diferente de un individuo a otro.

2) La relación entre stress y esfuerzo puede únicamente ser comprendida en términos de un sistema de diferencias individuales, la más importante de las cuales en esta relación es neuroticismo-estabilidad y extraversión-introversión.

3) Parece posible intercambiar la personalidad y la severidad del stress, en el sentido de que stress idénticos producen mayor esfuerzo en sujetos con alto N (y posiblemente bajo E) de manera que puede conseguirse igual esfuerzo administrando situaciones menos stressantes a sujetos altos en N, etc.

4) El stress parece estar causalmente relacionado con el cáncer, pero en direcciones opuestas dependiendo de

si el stress es agudo o crónico.

5) El stress agudo produce un incremento en la producción del crecimiento tumoral, mientras el stress crónico parece tener el efecto inverso.

6) Los efectos "beneficiosos" del stress crónico en la aparición de carcinomas puede ser etiquetado como el "efecto de inoculación" por analogía con el bien conocido proceso médico. La aplicabilidad de la analogía, por supuesto, todavía espera documentación experimental.

7) A causa del mayor esfuerzo sufrido bajo condiciones idénticas de exposición al stress, los sujetos con alto N (y posible bajo E) debería esperarse que mostraran un mayor efecto de inoculación frente a los sujetos de bajo N (y posiblemente alto E).

8) Sobre esta base uno podría predecir que los carcinomas deberían ser más susceptibles de encontrarse en individuos con bajo N y/o alto E, y la evidencia da soporte sustancial a esta predicción.

9) Similarmente, podría predecirse que los individuos psicóticos, que sufren de las formas más comunes de psicosis funcional, estarían relativamente libres de cáncer, a la vista de las cualidades de inoculación del stress severo experimentado en la vida diaria. Se ha encontrado siempre que esto es así en los estudios empíricos.

B) ESTILOS DE VIDA

Desde este planteamiento se defiende que la mayoría de los casos de cáncer se producen debido al comportamiento del hombre, y más concretamente, a los hábitos nocivos que este pueda ostentar.

El principal exponente de esta teoría es, quizá, PETO (1981) quien presenta estadísticas y datos epidemiológicos que muestran cómo la incidencia del cáncer varía según los países, regiones y grupos sociales, y cómo experimenta alteraciones a medida que las poblaciones cambian sus costumbres y hábitos de vida.

En concreto, como señala BAYES (1985), algunos de los hábitos humanos a los que se atribuye un aumento del riesgo carcinógeno, son:

1) el tabaco; el cáncer de pulmón que era muy raro en todo el mundo en 1930, no ha dejado de aumentar, siendo muy clara la relación entre consumo de cigarrillos y cáncer.

2) ingesta de alcohol relacionada con tumores en la cavidad bucal, faringe, esófago y laringe.

3) el bronceado que se calcula origina, cada año, en los Estados Unidos únicamente, unos 400.000 nuevos cánceres de piel.

4) Los comportamientos en materia de sexualidad y reproducción. Es interesante aquí que:

a) el hecho de que el cáncer de cuello de útero sea muy frecuente entre las prostitutas y prácticamente desconocido entre las monjas,

sugiere que este tipo de cáncer se encuentra estrechamente unido a la actividad sexual.

b) El mayor riesgo de contraer cáncer de mama entre las mujeres que no han tenido hijos puede interpretarse en el sentido de que el embarazo confiere cierto grado de protección contra este tipo de cáncer.

5) Aún cuando tampoco se conozcan muy bien ni todas las sustancias responsables ni los mecanismos implicados, los autores suelen coincidir en la enorme importancia de la dieta alimentaria en la etiología del cáncer.

Como señala IBAÑEZ (1987), el término "estilos de vida" hace su aparición en el campo de la Psicología Oncológica, sustituyendo al de "tipos de personalidad". Bajo este nuevo prisma, la prevención tanto pública como privada resulta más fácil: el individuo sabe lo que hacer para prevenir su cáncer.

Desde este planteamiento o perspectiva de estudio, aparece el individuo como "responsable" de su enfermedad. Así, el concepto de estilos de vida pronto levantó voces airadas (EPSTEIN-SWARTZ, 1981), que reclamaban la necesidad de volver la vista hacia los aspectos sociales, de no salvar de toda culpa a la sociedad. El trabajo con determinadas sustancias, el ruido, la polución, la manipulación que se hace de los alimentos, etc. parecen ser elementos potencialmente más carcinogénicos que los meros hábitos individuales. El problema se trastaba así, desde un nivel micro a un nivel macro, con el problema mayor que supone modificar el estado de industrialización de un país, que los

meros hábitos individuales de un sujeto.

Dejamos aquí la cuestión. No nos adentramos más en este apartado puesto que sólo pretendemos con él la mención de otro de los capítulos importantes abiertos en el acercamiento al problema del cáncer. Trataremos ya en el siguiente epígrafe, los aspectos psicológicos relacionados con el padecimiento de la enfermedad, centrándonos en particular en las reacciones emocionales.

1.2.- FACTORES PSICOLOGICOS COMO RESULTADO DE LA ENFERMEDAD

Como señala MEYEROWITZ (1981), de la "visión médica" donde se consideraba que el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama suponía un costo pequeño, se pasó a la "visión de la enfermedad mental" donde se describía el impacto psicológico dramático y, a menudo, obstructivo de la mastectomía. Sin embargo, las investigaciones realizadas sobre la calidad de vida en general de la paciente con cáncer de mama han ido mostrando que el ajuste es posible. Aún más, en el periodo de uno o dos años, la mayoría de dichas pacientes se han adaptado bien. Sólo es un porcentaje menor, aunque importante el que presenta déficits en ese ajuste. Se trata pues de determinar cuáles son los factores de riesgo de ese resultado deficitario.

A) REACCIONES EMOCIONALES

Se ha asumido ampliamente que el cáncer de mama y su tratamiento tiene una gran impacto sobre la calidad de vida de las mujeres que se enfrentan con tal desorden. La literatura científica se nutrió, en un primer momento, de informes anecdóticos referidos a dicho impacto psicológico del cáncer y la mastectomía. Poco a poco los trabajos fueron siendo más "serios".

Se ha señalado que el diagnóstico de cáncer evoca repercusiones emocionales más fuertes que cualquier otro diagnóstico, ya que el cáncer lleva asociados una serie

de aspectos específicos. En concreto MAGUIRE (1965) señala los siguientes: incertidumbre (el cáncer puede recurrir en cualquier momento y causar así el sufrimiento y la muerte), desamparo (en contraste con otras enfermedades que amenazan la vida tales como las coronarias, los pacientes de cáncer y sus familiares a menudo se sienten desamparados: consideran que pueden hacer poco para prevenir la recurrencia o metástasis), búsqueda de sentido (como se conoce muy poco sobre la etiología de muchos cánceres, muchos pacientes preguntan: por qué a mí?, por qué ahora?, qué he hecho yo?), sentido de fracaso (algunos pacientes experimentan un profundo sentido de fracaso, creen que sus cuerpos los han abandonado inesperadamente, ya que no se sienten seguros en el mundo), estigma (los pacientes de cáncer pueden sentir que han sido estigmatizados por su enfermedad; usan palabras como "sucio", "contagioso" etc. para expresar esto), aislamiento (la incertidumbre del resultado y la seriedad del desorden puede crear dificultades para los amigos y parientes cercanos: éstos no saben cómo comportarse, así puede ser más fácil evitar el enfrentamiento con el paciente reduciendo la frecuencia o duración de los encuentros), efectos del tratamiento (el tratamiento puede conllevar la "eliminación" quirúrgica de una parte o función crucial del cuerpo, la radioterapia puede hacer que los pacientes se sientan fatigados y las drogas citotóxicas tienen a menudo efectos típicos desagradables, particularmente náuseas, vómitos y alopecia).

Todos los aspectos mencionados son obstáculos potenciales en la adaptación psicológica efectiva. Pueden contribuir a la morbilidad psicológica sustancial asociada con el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Centrándonos en el cáncer de mama, nos encontramos con que a toda la problemática anterior, común a los diferentes tumores, se añade una problemática específica en este caso. La imagen corporal resulta dañada con la amputación de la mama, esto requiere adaptación física (aprender nuevas posturas para dormir o hacer el amor) estética ("descubrir" la ropa que mejor sienta, etc.) y psicológica (considerarse una mujer "completa" y femenina aún "a pesar" de carecer de un pecho). Es importante el hecho de que parece haber una correlación fuerte (MAGUIRE, 1985) entre problemas de imagen corporal, por un lado, y el desarrollo de desórdenes afectivos y problemas sexuales por otro.

RAY (1977) distinguió dentro del grupo de pacientes mastectomizadas (desde 20 meses hasta 5 años antes), aquellas que mostraban preocupación por su desfiguración y aquellas que no. El primer grupo tenía puntuaciones más altas en depresión y tendían a ser más ansiosas y a tener menor autoestima.

MAGUIRE (1978) cit MEYEROWITZ (1980) encontró que las pacientes mastectomizadas informaban de muchos más problemas sexuales que un grupo control de pacientes biopsiadas por un tumor benigno de mama. A los 4 meses del seguimiento post-operativo, el 40% de las pacientes mastectomizadas señalaban tener dificultades frente al 11% del grupo control. Al año, eran el 33% y 8% de pacientes mastectomizadas y del grupo control respectivamente, las que informaban de problemas sexuales. En un estudio con los maridos de 31 pacientes mastectomizadas, WELLISCH, JAMISON y PASNAU (1978) obtuvieron resultados similares. Los maridos indicaban que la sexualidad e intimidad estaban severamente

dañadas por la operación. Además, una serie de hombres percibían que la satisfacción y frecuencia sexual habían decaído demostrablemente. Resultados algo más "optimistas" son los encontrados por MORRIS, GREER y WHITE (1977): el 90% de los matrimonios de las pacientes con desorden benigno o de cáncer, ya fueran satisfactorios preoperatorivamente o no, permanecían en la misma categoría de ajuste marital que antes de la operación, a los tres meses de la misma. En cuanto al ajuste sexual, una proporción sustancial de pacientes, tanto con tumor benigno (27%) como con cáncer de mama (32%), experimentaron cambios principalmente "a peor", en el periodo de dos años de seguimiento tras la operación. Comparando un grupo con otro, las diferencias a nivel de deterioro sólo eran significativas a los 3 meses, (18% de las pacientes con cáncer frente al 6% de las pacientes con desorden benigno), no ya al año ni a los dos años.

La preocupación por el decremento en el nivel de actividad puede entenderse más allá de la actividad sexual.

Usando escalas de valoración desarrolladas específicamente a tal propósito, MORRIS, GREER y WHITE (1977) encuentran que a los tres meses de la operación hay una proporción significativamente más alta de pacientes de cáncer que de controles benignos ($p < 0.001$) que manifiestan deterioro en el trabajo y en la habilidad para llevar a cabo las cuestiones del hogar, hubo una clara tendencia a la mejora: mientras únicamente el 54% de las pacientes de cáncer mantenían su ajuste preoperatorio a los tres meses de la mastectomía, esta proporción se elevaba al 71% a los dos años. MEYEROWITZ et al. (1979) con 50 pacientes mastectomizadas que estaban recibiendo quimioterapia coadyuvante para el estadio II del carcinoma de mama

encuentra un nivel de actividad disminuido, del 32% en el ámbito laboral y del 38% en el ámbito social. CRAIG, COMSTOCK y GEISER (1974), en un estudio que trata de determinar la calidad de vida a largo plazo, usando pacientes con cáncer de mama que han sido diagnosticadas 5 años o más antes, concluyen que la única diferencia entre las pacientes y los grupos control (uno emparejado en cuanto a edad y sexo y otro en cuanto a la vecindad) fue un débil incremento en la incapacidad informada por el grupo de pacientes (probablemente debido a la cirugía). Centrándose únicamente en el hecho de si han retomado o no sus actividades previas, SCHOTTENFELD y ROBBINS (1970) encuentran, que de un total de 826 mujeres mastectomizadas, el 84% habían reasumido sus actividades preoperativas a los cinco años del seguimiento y, señalan los autores, a los diez y quince años, entre las pacientes que sobrevivían, la calidad de supervivencia no variaba significativamente con el estadio del desorden.

Evidentemente todos estos estudios adolecen de la debilidad de que los niveles preoperativos de funcionamiento no están claramente establecidos y por otro lado, puede resultar excesivamente burda la cuestión global (ejemplo: Ha vuelto al trabajo?), podemos estar despreciando una serie de aspectos sumamente importantes como por ejemplo el que señalan MEYEROWITZ et al. (1979): aunque sólo el 32% de pacientes presentaban niveles laborales disminuidos, el 45% consideraban "adversamente influenciado su status".

En cualquier caso, la visión general que ofrecen los estudios es que, de una forma gradual, los patrones de vida retornan al nivel normal. Retomemos de nuevo la cuestión primordial que nos ocupa: las reacciones

emocionales.

Los estudios que envuelven a mayor número de pacientes suelen ser estudios donde la información del sujeto se envía por correo. Dos de estos estudios fueron llevados a cabo en el Memorial Sloan-Kettering de New York (SCHOTTENFELD y ROBBINS, 1970; WINICK y ROBBINS, 1977). En el estudio de SCHOTTENFELD y ROBBINS (1970) no quedan claros los métodos que usaron para perfilar su muestra, meramente apuntan que fue aleatorizada; no hay ningún comentario de los autores sobre aquellos que no completaron el cuestionario. De las 1700 mujeres que participaron en el programa de Rehabilitación Grupal Post-mastectomía (PMRG) del Memorial Sloan Kettering, 860 enviaron el cuestionario, no siempre completo; por ejemplo, únicamente 406 pacientes contestaron el apartado sobre stress emocional. WINICK y ROBBINS (1977) sin embargo, concluyen que únicamente el 13% de las pacientes que enviaron el cuestionario experimentaron moderado o severo stress emocional; el programa PMRG puede ser juzgado pues, como "clínicamente significativo" y "un aditamento importante en la rehabilitación de la mastectomía".

Otros estudios son más cuidadosos. En un estudio, ya mencionado, (CRAIG, COMSTOCK y GEISER, 1974) con 134 pacientes de cáncer de mama diagnosticadas cinco años o más antes y 260 controles emparejadas respecto a aquellas en cuanto a vecindad y edad, respondieron el 85% de las pacientes de cáncer y el 79% de los sujetos control. La calidad de supervivencia en ambos casos (pacientes de cáncer y grupo control) fue bastante similar, pero los autores fueron incapaces de determinar la significación del alto nivel de depresión (20%) aparecido en ambos grupos, y

enfaticaron la importancia de estudios prospectivos de pacientes con cáncer de mama. Un estudio mejor controlado aún es el presentado por BLOOM (1987), en esta publicación presenta un análisis prospectivo de datos de un estudio mucho más amplio donde el índice de participación fue del 75%. Presenta los resultados de 415 mujeres que fueron valoradas en cuatro intervalos de tres meses durante el transcurso del año posterior al tratamiento inicial por mastectomía para el cáncer de mama (N = 145), por biopsia para desorden de mama benigno (N = 87), por colestomía (N = 90) o ningún tratamiento quirúrgico (N = 90). Los resultados muestran que las pacientes mastectomizadas tienen puntuaciones más altas que los otros grupos en distress somático, depreciación del self, deterioro psicosocial y quejas físicas/irritabilidad; en los restantes factores: psicopatología, actitud negativa y ansiedad de separación y muerte, no hubieron diferencias. Sin embargo, las pacientes en estadio I sólo se diferenciaban de las pacientes con estadio II en el último (quejas físicas/irritabilidad) a favor de este grupo. El distress somático decrecía con el tiempo sólo para pacientes mastectomizadas y aquellas colestomizadas permanecía constante en los otros grupos. Asimismo, la diferencia inicial entre pacientes mastectomizadas y los otros grupos, en deterioro psicosocial, no permanecía en la valoración final. Las mujeres con cáncer de mama no mostraron mayor cantidad de síntomas psicopatológicos severos como para requerir intervención psiquiátrica, que los otros grupos. La eliminación en el estudio de aquellas mujeres con enfermedad psiquiátrica preexistente puede estar a la base de este resultado. De hecho, HUGUES, en un estudio llevado a cabo en 1982, señala que sólo aquellas pacientes con problemas psicológicos previos llegaron a necesitar ayuda psicológica.

BLOOM (1987) concluye que "aunque encontramos que las mujeres con cáncer de mama están en mayor riesgo de dificultades psicosociales postquirúrgicas, está claro que el diagnóstico y tratamiento para el cáncer de mama no es un factor etiológico en el desarrollo de psicopatología seria".

Hay otro grupo de estudios que presentan de entrada la debilidad fundamental de la ausencia de un grupo control con el que comparar los resultados obtenidos en el grupo de cáncer. Así, por ejemplo, HUGUES (1982) encuentra que de 44 pacientes con cáncer temprano de mama, el 80% (35) presentaban distress emocional relativo a la enfermedad; siendo los síntomas psiquiátricos severos en el 18% y leves en el 16%. Otro estudio (MEYEROWITZ, 1979) con 50 pacientes mastectomizadas que estaban recibiendo quimioterapia coadyuvante para el estadio II del carcinoma de mama, encuentra que el distress y perturbación de los patrones de vida era más alto en el segundo periodo de tratamiento (a las cuatro semanas de administrarles quimioterapia) que antes y después. Pero eran más comunes los cambios conductuales en la vida de la paciente que el discomfort emocional.

Por último, vamos a comentar algunos estudios donde se utiliza como grupo control de comparación otros tipos de cirugía. El trabajo de MORRIS, GREER y WHITE (1977) incluye 160 mujeres admitidas en el hospital para biopsia de un tumor de mama, que fueron valoradas antes de y a los tres, doce y veinticuatro meses de la operación. El diagnóstico diferenció 91 mujeres con tumor de mama benigno y 69 con cáncer. Usando la escala de Hamilton para la depresión, los autores informan que doce meses después de la cirugía, el 23% del grupo mastectomizado estaba moderada o severamente

deprimido, pero que el 13% del grupo control estaba también similarmente deprimido, así la diferencia no fue significativa. A los 24 meses, sin embargo, el 22% del grupo mastectomizado estaba deprimido, y únicamente el 8% de control lo estaban ($p < 0.05$), concluyendo que en el grupo mastectomizado hubo una parte de mujeres que llegaron a estar deprimidas tras la mastectomía y permanecieron deprimidas.

Con relación a la respuesta psicológica ante el diagnóstico de cáncer, el estudio de MORRIS et al. (1977) mantiene la hipótesis de que el cáncer como evento stressante provoca una respuesta caracterizada por la adopción de una serie de estilos de control sucesivos a medida que el ajuste tiene lugar. Los autores dividen las respuestas a la entrevista sobre esta cuestión en cinco categorías: "negación", "espíritu de lucha", "aceptación estoica", "aceptación ansiosa/deprimida" y "desamparo/desesperanza". En el periodo de seguimiento entre los 3 y 24 meses, la "negación" llegó a ser menos común, mientras el modo de "aceptación estoica", llegó a ser significativamente más frecuente durante este periodo. Según este estudio, parece que si la recuperación psicológica de la mastectomía tiene lugar plenamente, el ajuste normalmente empezará al año de la misma.

RAY (1977) utiliza como grupo control pacientes colestomizadas. Este estudio se compone de 30 parejas de pacientes que habían sufrido dicha operación o habían sido mastectomizadas desde 20 meses hasta cinco años antes. Obtiene como resultado puntuaciones significativamente más altas en ansiedad y depresión en el grupo mastectomizado que en el grupo control ($p < 0.05$). Asimismo, aunque no alcanza

la significación estadística ($p < 0.06$), la autoestima tiende a ser más baja en el grupo de cáncer que en este último.

GOTTESMAN y LEWIS (1982) utilizan dos grupos de control: 25 mujeres operadas de una enfermedad menor (ejemplo: colestomía) y 25 mujeres físicamente sanas, frente a un grupo de 31 mujeres operadas de cáncer de mama. Utilizando la escala de Locus de Control Interno-Externo de Rotter, informan que las pacientes de cáncer se presentaron significativamente más desamparadas que el grupo quirúrgico o que el control "normal" ($p < 0.01$). Los grupos de cáncer y quirúrgico informaron significativamente ($p < 0.01$) más depresión que el grupo "sano". Por último, las diferencias en ansiedad (medida por el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger) y autoestima (medida por la escala de Auto-Concepto de Rosenberg), no mostraron significación estadística, pero presentaron el siguiente patrón: el grupo de cáncer presentó más ansiedad y menos autoestima que el grupo quirúrgico, el cual mostró a su vez más ansiedad y menos autoestima que el grupo "normal".

A la vista de los resultados de los distintos estudios, parece que en el área emocional, centrada sobre todo en los aspectos de depresión, ansiedad, baja autoestima y desamparo, se necesita un periodo más amplio que a nivel de patrones de vida (exceptuando quizá las relaciones sexuales) para conseguir un ajuste adecuado. Aparecerían ambas como las áreas más vulnerables a cambios que no revierten fácilmente. Evidencia en apoyo de que estos cambios pueden ser a largo plazo la aporta el estudio de ABELOFF y DEROGATIS (1977) con una muestra de 34 pacientes con cáncer de mama avanzado y 73 mujeres con otros tipos de

Tabla 1.- Estudio sobre la morbilidad psicológica que sigue a la mastectomía.

REFERENCIA	PACIENTES	CONTROLES	METODO	TIEMPO	MORBILIDAD PSICOLOGICA
CRAIG, COMSTOCK y GEISER (1974)	134 con cáncer de ma- ma.	260 emparejadas en cuan- to a edad y vecindad.	cuestionario patol 86% respuesta auto- valoración.	5 años	20.9% pacientes deprimidas 20% controles deprimidas
WINICK y ROBBINS (1977)	863 pacientes atendi- das por la mastectomía en un programa de gru- po de rehabilitación.	ninguno	cuestionario patol 51% respuesta retros- pectiva auto-valora- ción.	1 - 5 años	13% (52) de 406 pacientes que contestaron a las cues- tiones tenían stress emocio- nal severo.
ABELOFF y DEROGATIS (1977)	165 con avanzada hema- tología y tumores sólidos. 34 con cáncer de mama.	ninguno	SCL-90. Lista de au- tovaloración de di- mensiones psiquiátri- cas importantes.	comienzo del tratamiento.	18% tenían síntomas suficien- tes para consulta psiquiátri- cas externa. Las pacientes - con cáncer de mama sufrían - de un sentido de inadecuación.
RAY (1977)	30 mastectomizadas.	30 pacientes coles- tomizadas.	escalas de ansiedad - y depresión desarro- llada por COSTELLO y COMREY (1967). Entre- vista.	20 meses hasta 5 años post- mastectomía.	ansiedad y depresión signifi- cativamente (p 0.05) más al- tas en pacientes de cáncer.
MORRIS, GREER y WHITE (1977)	69 con cáncer primario de mama.	91 con desorden de ma- ma benigno.	entrevistas, EPI, es- cala para la depre- sión de Hamilton.	pre- y 3, 12, y 24 meses post- operación.	22% pacientes de cáncer compa- radas con 8% controles estaban severamente deprimidas a los - 2 años.
HUGUES (1982)	44 pacientes con cán- cer de mama.	ninguno	entrevista semiestruc- turada. General Health Questionnaire.	pre - y 3, 6 y 9 - 12 meses - post-operatorio.	18% sintomatología depresiva - severa.

.../...

.../...

GOTTESMAN y LEWIS
(1982)

31 pacientes mastectomizadas.

25 pacientes con cirugía menor. 25 mujeres sanas.

STAI, inventario de depresión de WAKEFIELD, LC, escala de autoconcepto de Rosenberg y HCS de HALPERN.

pre y 3, 7, 11 y 15 semanas - mayor desamparo en las pacientes mastectomizadas y mayor depresión en el grupo de cáncer y quirúrgico.

BLOOM
(1987)

145 pacientes mastectomizadas.

87 pacientes con benigno. 90 colestomizadas. 90 ningún tratamiento quirúrgico.

valoración autoinforme (39 escalas) entrevista clínica estructurada muestra verbal de 5'.

1 año mayor distress psicológico relativo a las relaciones sociales e interpersonales en las pacientes mastectomizadas.

cáncer. Usando el SCL-90, un cuestionario que mide 9 dimensiones de sintomatología psiquiátrica, encontraron que las pacientes con cáncer de mama tenían puntuaciones significativamente más altas sobre una dimensión de "susceptibilidad interpersonal", que da una indicación de sentimientos de autodeficiencia e inferioridad en relación no solamente con el funcionamiento físico, sino también social, intelectual, emocional y sexual. Esta marcada sintomatología psiquiátrica fue detectada tanto en aquellas pacientes que tenían un pronóstico muy pobre como en aquellas que consiguieron la remisión clínica y la supervivencia a largo plazo.

El panorama general, a grosso modo, parece indicar que la mayoría de mujeres que han sufrido una mastectomía se recuperarán de la experiencia pasado un año, que su relación marital no sufrirá profundamente y retornarán "pronto" a su trabajo. Sin embargo, una minoría sustancial de mujeres, entre un cuarto y un tercio (HUGUES, 1981; NERENZ et al. 1982; BLOON, 1982; MORRIS, 1979; IBA EZ, 1984) presentarán sentimientos de inadecuación personal, ansiedad y depresión o dificultades sexuales que requerirán tratamiento psicológico.

En el siguiente apartado revisaremos algunos estudios referidos a la existencia de factores que permiten distinguir aquellas pacientes que serán capaces de "adaptarse" al cáncer de mama, de aquellas que no lo conseguirán.

2.2.2.- PREDICTORES DEL AJUSTE

Como hemos señalado en el apartado anterior, una vez obtenida la visión de que el diagnóstico de cáncer y su tratamiento provoca una serie de reacciones características de la respuesta a un stress severo, cualquiera que sea su naturaleza, se trata de estudiar con detalle aquellos factores que se conoce influyen en el ajuste individual al stress en otras áreas.

La experiencia clínica sugiere una conexión importante entre la severidad de la enfermedad y el nivel de adaptación psicosocial del paciente. Sin embargo, y al mismo tiempo, parece que el deterioro físico o el pronóstico no son los únicos factores que influyen en el ajuste psicosocial: una serie de pacientes con desorden avanzado y severo se manejan bastante bien, a pesar de las dificultades y situaciones dolorosas que han de soportar, mientras otros más deteriorados psicológicamente sufren "situaciones físicas mejores".

Ha comenzado a crecer la bibliografía preocupada por aquellos factores predictores del ajuste y aunque los estudios siguen adoleciendo, como en casos previos, de ciertas debilidades, también es cierto que el valor del grupo control es aquí de menor importancia puesto que los pacientes pueden ser agrupados de acuerdo con los criterios para determinar ajuste exitoso o no exitoso.

Los resultados de los estudios podrían situarse en torno a tres campos o aspectos fundamentales: situación médica, variables psicológicas y variables sociales. Entresacaremos a continuación de los distintos estudios las cuestiones relativas a cada uno de estos bloques.

MAGUES et al. (1981) con una muestra de 61 pacientes de cáncer (31 pacientes que habían recibido recientemente tratamiento para el cáncer, seguidos durante un periodo de 6 a 12 meses, y 35 que habían sobrevivido a la enfermedad de 3 a 6 años), encuentran que la severidad de la enfermedad correlaciona negativamente con el estado psicosocial del paciente. Sin embargo, las correlaciones difieren significativamente en su magnitud y nivel de significación. La relación en el momento inicial no es significativa, aunque presenta una clara tendencia; es altamente significativa en el periodo de seguimiento ($p < 0.01$) y ligera en los pacientes que han sobrevivido a largo plazo. Un matiz a la severidad de la enfermedad lo presenta el estudio de MARKS et al (1986), con 91 hombres y 46 mujeres con malignidad hematológica de distinta severidad, informan que es la severidad percibida por el paciente más importante que la severidad objetiva, como predictor del ajuste. Entre una y otra existía una correlación, aunque estadísticamente significativa ($p < 0.05$), no muy fuerte ($r = 0.16$). Otro resultado importante de este estudio es la alta relación encontrada entre autocontrol (o expectativas sobre el tratamiento) y depresión ($p < 0.01$). En esta misma línea se encuentran los resultados hallados en un estudio que trata de determinar un temprano diagnóstico de vulnerabilidad en los pacientes con cáncer (WEISSMAN, 1976), usando pacientes recientemente diagnosticados de carcinoma de mama, colon, pulmón, linfoma de Hodkin y melanoma maligno ($N = 163$), señala entre otras características: más síntomas cuando eran diagnosticados por primera vez; los síntomas sistémicos (pérdida de peso, insomnio, fatiga, etc.) eran más significativos que el tipo de cáncer o el estadio.

Una imagen pobre de su femineidad, la débil confianza en los médicos, en el hospital o la poca creencia en los tratamientos fueron los cuatro factores relacionados con el "área médica" que influían en el ajuste en un estudio con 300 mujeres con cáncer ginecológico o de mama (COBLINER, 1977).

Luego, a la vista de los estudios revisados, cabe comentar que si bien el estado médico objetivo del paciente es importante, no lo es menos la percepción, creencias y expectativas en relación al mismo.

Otros estudios se refieren a las variables psicológicas. BAIDER y SARREL (1982) encuentran que son la pobre valoración del futuro y la opinión pesimista sobre lo que puede hacerse, las características más importantes a la hora de predecir un ajuste pobre (la muestra estaba compuesta por 86 pacientes de cáncer que actuaban como su propio grupo control al año o año y medio, en la segunda valoración. Se trata pues, de una expectativa negativa de resolución que no andaría muy lejos del resultado encontrado por WORDEN y SOBEL (1978), usando 163 pacientes de cáncer con distinta localización (mama, colon, pulmón, Hodkin y melanoma maligno): una fuerza del ego alta (tal y como es medida por el MMPI) correlacionaba fuertemente con un buen ajuste. También aquí se situarían los factores de autoimagen negativa y poco éxito en cualquier intento de resolución de una crisis vital en el pasado, encontrados en el estudio ya mencionado de COBLINER (1977).

La inestabilidad emocional y depresión previas son también ampliamente referidas en los estudios, como los ya

mencionados de MAGUES et al. (1981) y WEISSMAN (1976). Y en concreto, en estudios referidos específicamente a la paciente con cáncer de mama. Las mujeres con ideas suicidas tras la mastectomía, se distinguían por una diferencia altamente significativa sobre la escala de Neuroticismo del Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) de aquellas que no pensaron en él, en el estudio de JAMISON et al. (1978). La puntuación "N" da una medida de la labilidad emocional. Aunque este resultado se obtuvo en un estudio con ausencia de un control adecuado, está apoyado por otros como el de MORRIS et al. (1977) donde el test fue administrado antes de la operación a 61 mujeres con cáncer de mama y 91 con desorden de mama benigno. También en este estudio, las pacientes que tenían puntuaciones más altas sobre la Escala de Hamilton para la depresión, antes de la biopsia, era menos probable que estuvieran bien ajustadas a la mastectomía dos años más tarde. Este resultado fue independiente del status menopáusico, del ajuste psicológico previo, de la historia psiquiátrica previa, o del status clínico dos años después de la operación.

La idea general que parece brotar de los estudios es que, de una forma u otra, las expectativas de éxito en el afrontamiento de la enfermedad, serían el aspecto crucial.

Y, por último, aunque (quizá) más importante, se ha observado también la influencia de las variables sociales, en concreto del soporte social. Como señalan MAGUES et al. (1981), una escasa red de apoyos sociales es un predictor importante del pobre ajuste del paciente con cáncer. Como un índice de vulnerabilidad, WEISSMAN (1976) encuentra: el pesimismo con respecto al apoyo por parte de otros.

El menor soporte emocional es también uno de los cuatro factores señalados por JAMISON et al. (1978), como predictor del pobre ajuste. De los 18 factores señalados por COBLINER (1977), cuatro pueden ser referidos como "soporte social": poca implicación previa en actividades satisfactorias, poca oportunidad de confiar sus preocupaciones a otra persona, relación pobre con el marido, y pobre concordancia entre expectativas de vida y grado de logro.

Ciento treinta mujeres con cáncer de mama es la muestra utilizada por BLOOM (1982) para determinar el ajuste emocional al cáncer de mama. La hipótesis mantenida por el autor es que el soporte social que la mujer experimenta, afecta al proceso de ajuste al aumentar su habilidad para el control (coping). Como indicadores de soporte social se incluyen cuatro índices: percepción de la paciente de la cohesión familiar, percepción de contacto social y de cantidad de actividades de ocio y tener un "confidente". Las variables de control incluyen factores tales como el estado civil, la edad, el nivel socio económico y los cambios de vida (variables que también han mostrado una cierta relación con el ajuste: BAIDER y SARRELL (1982); JAMISON et al. (1978)) El ajuste es medido a través del distress psicológico, el autoconcepto y el sentido de poder. El resultado más sobresaliente es que dos indicadores de soporte social: percepción de la cohesión de la familia y la cantidad de contacto social, tuvieron efectos directos sobre el control e indirectos sobre las tres medidas de ajuste. Parece pues que el control media la relación entre el soporte social y el ajuste.

En suma, parece que son: el soporte social, en

Tabla 2.- Predictores del pobre ajuste a la mastectomía o al diagnóstico de cáncer.

REFERENCIA	PACIENTES	CONTROLES	CARACTERISTICAS DE LOS P. QUE SE AJUSTABAN POBREMENTE.
WEISSMAN (1976)	163 p. de c. (mama, colon, pulmón, Hodkin y melanoma ma- ligno).	ninguno	(1) más síntomas cuando eran diagnosticadas por primera vez. (2) los síntomas sistémicos eran más significativos que el tipo de cáncer o el estadio. (3) pesimistas respecto a su recuperación y apoyo por parte de otros. (4) tenían a menudo una historia previa de depresión.
MORRIS et al. (1977)	69 con cáncer de mama	91 con desorden benigno de mama.	(1) claros signos de depresión antes de la biopsia, en relación con la historia previa. (2) puntuación significativa más alta sobre la escala de Neuroticismo del Eysenck Personality Inventory. (3) aquellas con dificultades sexuales: biológica o cronológicamente perimenopáusicas
COBLINER (1977)	300 mujeres con c. gi- necológico o de mama.	ninguno	(1) autoimagen negativa. (2) imagen pobre de su femineidad. (3) débil confianza en sus médicos. (4) débil confianza en el hospital. (5) creencia en los tratamientos. (6) poco involucramiento previo en actividades satisfactorias. (7) poca oportunidad de confiar sus preocupaciones a otra persona. (8) pobres relaciones con sus mandos. (9) pobre concordancia entre expectativas de vida y grado de logro. (10) poco éxito en cualquier intento de resolución de una crisis vital en el - pasado.
WORDEN y SOBEL (1978)	163 p. de c. (mama, colon, pulmon, Hodkin y melanoma ma- ligno).	ninguno	(1) poca fuerza del ego del paciente tal y como es definida por el MMPI

.../...

.../...

JAMISON et al. (1978)	41 pacientes tras la mastectomía.	ninguno	(1) puntuación significativa más alta sobre la escala de Neuroticismo del Eysenck Personality Inventory. (2) menos tiempo casada. (3) más joven (4) menos soporte emocional.
MAGUES et al. (1981)	66 p. cáncer	ninguno	(1) severidad de la enfermedad. (2) poca estabilidad psicológica previa. (3) escasa red de apoyos sociales previos.
BAIDER y SARRELL (1982)	86 p. de c.	los mismos pa- cientes a 1 ó 1.5 años.	(1) pobre valoración del funcionamiento futuro. (2) opinión pesimista sobre lo que puede hacerse. (3) background étnico.
BLOOM (1982)	130 p. de c. de mama.	ninguno	(1) pobre perfección de la cohesión de la familia. (2) pequeña cantidad de contacto social.
MARKS et al. (1986)	91 y 46	ninguno	(1) severidad percibida. (2) autocontrol en las expectativas sobre el tratamiento.

primer lugar, y las propias percepciones del sujeto, en relación con su enfermedad y con su propia capacidad para afrontarla, los dos pilares donde se asienta la posible predicción de aquellos que tendrían un mejor o peor ajuste.

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

2.1.- CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

Como en cualquier área de investigación recientemente desarrollada, en Oncología Psicosocial los instrumentos que permiten medir variables psicológicas importantes están siendo tomados de prestado y modificados a partir de disciplinas afines o están siendo desarrollados dentro de su propio marco.

A pesar de que nadie ha visto la ansiedad; ningún microbalance puede medir el soporte social; no se ha desarrollado ninguna técnica fluorométrica para cuantificar el ajuste y no tenemos ni un sistema TNM para la clasificación del ajuste psicosocial, ni un test serum para el bienestar; la búsqueda de una "biopsia emocional" del paciente de cáncer permanece como algo ilusorio.

El párrafo anterior supone la forma un tanto cínica con que MORROW (1980) nos introduce en la problemática concreta que acarrea el movernos en las ciencias sociales en general y, en concreto, en la Oncología Psicosocial con constructos hipotéticos y la consiguiente complicación de que en algunos casos son usados de forma idiosincrática. Centrémonos un poco más en esta problemática.

La preocupación por el status psicosocial del paciente de cáncer pasa por un primer, ineludible y fundamental aspecto: si las importantes variables sociales y psicológicas implicadas han de ser consideradas independientemente como parámetros de la experiencia del paciente o en términos de algún constructo de alto orden tal como "calidad de vida", DEROGATIS, y SPENCER, 1984). En

definitiva, la cuestión básica inicial incluye una definición operativa de este concepto: "calidad de vida". La discusión sobre el soporte social y la discusión sobre la calidad de vida, nos llevan a cuestionarnos si no estamos tratando de medir cosas que no tenemos claramente definidas. Todos parecemos tener una idea implícita de lo que es mala calidad de vida, pero ... Qué quiere decir buena calidad de vida?. Parece que nuestro problema en este campo, quizá por ser noveles en él, puede asemejarse al típico achacado a la juventud: "saben lo que no quieren, pero no tienen claro lo que desean".

La confusión en este terreno se muestra claramente cuando revisamos artículos en los que mencionando en el título "calidad de vida" se estudian aspectos aislados y distintos como nivel ocupacional, problemas sexuales, relaciones interpersonales, etc. Estos aspectos han de ser considerados independientemente o incluidos en un índice general de calidad de vida?. Hay algunos intentos al respecto. A un nivel exclusivamente teórico, VAN DAM et al. (1981) proponen aislar un número de factores del concepto y elegir la mejor definición operacional posible. Los autores proponen los siguientes: actividad diaria, patrón de demandas, sentimiento subjetivo de bienestar y conducta sexual. Por otro lado, a un nivel más "psicométrico", STEWART (1981) trata de combinar las categorías de estado funcional específico (auto-cuidado, movilidad, actividades físicas, actividades de rol y limitaciones generales) en índices más amplios con el formato de escalas acumulativas. Consigue combinar las tres primeras (auto-cuidado, movilidad y actividades físicas) en un índice de funcionamiento personal, y las actividades de rol y las limitaciones generales en un índice de funcionamiento de rol. Sin

embargo, los intentos de agregar las medidas de funcionamiento personal y de rol, no satisfacen los criterios mínimos para una escala acumulativa.

Los primeros pasos, como vemos, ya se han dado. Poco a poco parece que el campo va clarificándose, aunque el proceso es lento y tedioso. Dejamos este punto de momento, aunque lo retomaremos en cierta medida al comentar algunos de los cuestionarios y medidas aparecidos en el campo de estudio del paciente oncológico.

Otro aspecto relevante y que enlaza con el anterior es la cuestión de las normas. En concreto se trata de si son necesarias o no. Estamos de acuerdo con VAN DAM et al. (1981), en que la pregunta por la calidad de vida debería ser considerada de forma relativa, con lo que se requiere la comparación con: o bien otra persona o bien un grupo control. Tengamos en cuenta que nos movemos siempre con cuestiones del tipo: tiene el grupo A (o sujeto A) más (o menos) síntomas depresivos que el grupo B (o sujeto B)?, está el funcionamiento personal del grupo A (o sujeto A) realmente deteriorado?, es la ansiedad del paciente suficientemente severa como para necesitar ayuda psicológica?. De cara a que tales cuestiones tengan un sentido completo, en términos de instrumentos de medida psicológica, estos instrumentos deben poseer "normas".

Aunque el concepto subyacente a la norma no es complicado, podemos señalar dos problemas comunes con respecto a la misma (DEROGATIS y SPENCER, 1984): los investigadores, a menudo, no tienen claro con quien desean comparar a sus pacientes. Una cuestión frecuente en oncología es: hay normas para los pacientes de cáncer?;

aunque esta es una cuestión lógica, también es cierto que es significativa únicamente si la cuestión central es cómo comparar un paciente particular con otros pacientes. Por otro lado, es virtualmente imposible obtener una muestra estandarizada que sea representativa en relación con todas las características relativas al atributo en cuestión. Este problema es particularmente relevante con poblaciones de pacientes donde características tales como el diagnóstico, estadio y duración de la enfermedad, pronóstico, y una suerte de otras variables de la enfermedad, son muy difíciles de estratificar.

Nos parece pues necesaria la investigación normativa, pero no suficiente. Es interesante traer aquí la reflexión de SPINETTA (1984): critica el autor la aplicación reiterada del modelo médico de investigación de laboratorio para la designación de causa simple, esencial al cual es el uso del grupo control, empleado para controlar la presencia o ausencia de la causa o relación presumida bajo estudio. Este paradigma de ciencia, cuando se aplica a la investigación psicosocial en cáncer, lleva a comparaciones de los pacientes de cáncer con sujetos "sanos". Los estudios en este área son importantes para establecer, por ejemplo, si una población de pacientes oncológicos puede caer en un continuo de salud mental. Un problema con estos estudios es que pueden llegar a ser abusivos y llevar a comparaciones fútiles e irrelevantes con los así llamados controles normales. Comparar a los pacientes de cáncer con "controles normales", sugiere, de alguna manera, que los pacientes con cáncer no son normales?. Y si se descubre que los pacientes de cáncer no puntúan, de hecho, en un nivel significativamente diferente de los controles normales en tests normalizados para detectar psicosis o neurosis, qué

hemos aprendido realmente sobre los pacientes de cáncer?. Cuando se encuentra que los pacientes con cáncer experimentan o no más dolor que un grupo control con pacientes con diabetes qué hemos aprendido?. Dado que puede mostrarse que la mayoría de pacientes con cáncer son individuos normales bajo un evento stressante de proporciones serias y dado que podemos establecer que la categoría de la depresión del DSM-III, por ejemplo, puede ser un componente importante en la respuesta del paciente con cáncer al cáncer, tenemos poca necesidad futura de estudios continuados que comparen los pacientes de cáncer con los así llamados controles normales.

Un método suplementario de estudio podría ser, concluye el autor, usar la población de cáncer como su propio control, comparando aquellos pacientes que están bien adaptados con aquellos menos bien adaptados. En fin, se trataría de combinar la investigación normativa con la intraindividual; no es suficiente conocer si el paciente de cáncer presenta unos índices de depresión que requieren ayuda, sino que es necesario, además, de cara a hacer eficaz esa ayuda, conocer sus modos habituales de control, así como las estrategias (añadiríamos nosotros) utilizadas por aquellos pacientes mejor adaptados. Sólo este conocimiento completo nos puede permitir dar el paso hacia una intervención eficaz.

Otro de los grandes problemas que se plantean a nivel metodológico es la "aplicabilidad" de los instrumentos normalizados para unas poblaciones, en otra distinta de aquellas. DEROGATIS y SPENCER (1984) plantean el tema de la generalizabilidad de la medida, en concreto, la que envuelve la generalizabilidad de las definiciones de constructo,

referida al grado en que los items de un test que son válidos para definir un constructo en una población de sujetos, lo son también en otra. Es de todos conocida la problemática acarreada por la medida de la depresión en el contexto de los pacientes de cáncer; mientras un número de signos "vegetativos" que envuelven sueño, apetito, libido, etc. son importantes indicadores de depresión seria en pacientes psiquiátricos, en los pacientes de cáncer, tales manifestaciones son a menudo debidas al desorden neoplásico primario o a su tratamiento.

SPINETTA (1984) se cuestiona el mismo hecho de que instrumentos que han sido desarrollados para sujetos patológicos sean apropiados para el sujeto con cáncer. Propone que el desarrollo de nuevos instrumentos y la aplicación creativa de otros "viejos" es esencial para la futura investigación en el campo del cáncer. "Mientras la fiabilidad de un instrumento es crítica y el establecimiento de normas permanece como la meta ideal, un primer paso crítico es conseguir asegurarnos de que el instrumento mide lo que queremos medir" (SPINETTA, 1984).

Tres son los tipos de instrumentos utilizados en la valoración del paciente oncológico: las escalas de autoinforme, las escalas de calificación psiquiátrica y las escalas basadas en el análisis de contenido de la conducta verbal.

Las escalas de autoinforme dan al sujeto la oportunidad de describir su propia experiencia subjetiva, son fáciles de administrar y su fiabilidad es difícil de cuestionar, a menos que uno ponga en duda la capacidad del sujeto para informar adecuadamente de su experiencia

subjetiva. La desventaja fundamental de estas escalas es su validez, los propios mecanismos de defensa del sujeto pueden oscurecer la valoración que hace de su propio estado su objetivo; existen también los sesgos de respuesta y, por último, el paciente puede carecer de la experiencia profesional del observador entrenado en hacer estos juicios.

Las escalas de calificación psiquiátrica envuelven la valoración de las dimensiones mentales y conductuales por parte de un observador entrenado. Con respecto a la anterior, esta técnica gana en detalle y objetividad. Sus desventajas conllevan errores de medida potenciales y validez cuestionable: el observador entrenado carece de relación amplia con el sujeto que evalúa, ha de inferir estados mentales de éste y está sujeto a distorsiones propias.

El método de medida psicológico del análisis de contenido verbal usa el auto-informe en la forma natural, del lenguaje hablado del sujeto en investigación, elicitado por propósitos ambiguos e instrucciones no estructuradas que requieren un informe de cinco minutos de experiencias de la vida personal. Este método también usa el procedimiento del observador externo en la forma de proveer criterios sistemáticos y objetivos para inferir y valorar la magnitud de varios estados psicológicos. La calificación de los "jueces" del lenguaje del sujeto, utiliza una combinación sistemática de perspectivas lingüística, de condicionamiento conductual, y psicodinámicas (GOTTSCHALK, 1984).

Pensamos, en línea con VAN DAM et al. (1981) que el paciente es la única autoridad en lo referente a la calidad de vida, de manera que consideramos poco viables las escalas

de calificación que incluyen un observador externo. Por otro lado, aunque la presentación del tercer método hecha por GOTTSCHALK (1981) es sugestiva, estamos de acuerdo con WORDEN (1983) en que presenta algunas de las limitaciones de las otras medidas: uno no puede escapar ni al valor de estímulo del entrevistador ni al contexto de la entrevista; aunque el problema de la deseabilidad social es el que pretende evitar GOTTSCHALK, usando instrucciones ambiguas y no estructuradas; este muy bajo nivel de estímulo es un contexto fértil para que el respondente proyecte lo que él piensa que es la respuesta socialmente deseable esperada por el entrevistador; si uno usa únicamente una muestra verbal para valorar la ansiedad uno puede perder algunos de los importantes índices conductuales, tales como la agitación física, que son importantes en la valoración de la ansiedad. Las limitaciones, por último, que conlleva el entrenamiento de observadores en el uso de escalas de calificación psiquiátrica, también se aplican aquí.

En suma, por el momento, seguimos abogando por la valoración del paciente de cáncer a través de instrumentos de autoinforme, aunque eso sí, elaborados desde y para la población oncológica. Como señalan DEROGATIS y MELISARATOS (1983) consideramos que constituyen el mejor acercamiento viable hoy día, sobre todo en contextos donde la rapidez y facilidad de aplicación del método son tan importantes como en el de la Psicología Oncológica.

También nos mostramos partidarios con YATES (1984) de establecer mayores lazos con el oncólogo que aparece como ignorado; esto evitaría que nos consideraran como "alguien que realiza estudios con "sus" pacientes". En este sentido es importante la toma de conciencia por parte de estos

profesionales, de la utilidad que puede revestir el contar con valoraciones adecuadas de la calidad de vida del paciente con cáncer, por ejemplo de cara a la elección entre diversos tratamientos con eficacia similar (FALLOWFIELD, 1987). Así mismo, y por otro lado, tampoco es aconsejable la excesiva carga de información (proliferación en el uso de instrumentos) pues por un lado, sólo puede acarrearlos "antipatías" y por otro, ofrecernos información redundante y conflictiva. Por último, es necesario la realización de estudios piloto, considerados a menudo como no necesarios en la investigación psicosocial y que, sin embargo, abren luz sobre muchos aspectos. Unido a esto está la delimitación de las principales metas a conseguir en el campo de la investigación a corto, medio y largo plazo (HOLLAND, 1984).

A) EVALUACION PSICOLOGICA DE LOS PACIENTES CON CANCER

Cada vez son más numerosos los intentos realizados para desarrollar medidas en los pacientes médicos y más específicamente en los pacientes con cáncer. Evidentemente, esta es la respuesta fructífera a consideraciones como las previas referidas a la necesidad de cuestionarios específicos para la población que se desea valorar. A continuación mencionaremos algunos intentos desarrollados con tal fin.

WARE (1976) desarrolló el HPQ (Health Perceptions Questionnaire, forma II) con el objetivo de obtener calificaciones personales sobre la salud general, como

opuestas a componentes específicos de salud (fisiológicos, físicos, mentales o sociales) y como opuestas a fenómenos directamente observables tales como días en cama debido a una salud pobre. El cuestionario consta de 32 ítems distribuidos en 8 escalas que, a su vez, en un análisis factorial de segundo orden dieron lugar a tres factores: FI: "salud presente/previa" (salud actual, salud previa), FII: "salud futura" (resistencia/susceptibilidad, salud futura, interés/preocupación por la salud y orientación a la enfermedad), FIII: "propensión al rol de enfermo" (rechazo del rol de enfermos y actitud hacia ir al doctor).

DEROGATIS et al. (1976) presentan el SCL-90 (Symptom Check List 90), un inventario de síntomas de autoinforme puntuado sobre 9 dimensiones de síntomas primarios: somatización, obsesión/compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. A partir del SCL-90, desarrolla el BSI (Brief Symptom Inventory) (DEROGATIS y MELISARATOS, 1983), una forma breve del instrumento anterior que consta de 53 ítems.

En 1984, DEROGATIS desarrolla el PAIS-SR (Psychosocial Adjustment to Illness Scale), una versión de autoinforme de la primera medida PAIS con un formato de entrevista semiestructurada presentada en 1976 y cuyas características de fiabilidad y validez habían sido ya probadas (MORROW, CHIARELLO y DEROGATIS, 1978). Mientras el SCL-90 estaba orientado a la población médica y psiquiátrica, este instrumento tiene ya como objetivo exclusivo los pacientes médicos. Surge este cuestionario de la consideración del autor de que si bien se han formulado entrevistas para el paciente médico, no hay un catálogo de

técnicas de valoración viable, a pesar del hecho de que el ajuste psicosocial del paciente se ha observado consistentemente que es tan importante para la enfermedad como el status del desorden físico.

El PAIS-SR aparece como uno de los instrumentos más completo, refleja el ajuste en siete áreas psicosociales importantes: orientación al cuidado de la salud, medio vocacional, medio doméstico, relaciones sexuales, relaciones familiares extensas, medio social y distress psicológico.

La HAD (Hospital Anxiety and Depression) es una escala de autoinforme desarrollada por SNAITH y TAYLOR (1985) para detectar los desórdenes de depresión y ansiedad en poblaciones no psiquiátricas que se atienden en otros departamentos hospitalarios, por ejemplo: clínicas médicas, clínicas postnatales, etc. Sin embargo, la experiencia ha mostrado que puede ser usada con igual fiabilidad en ambientes comunitarios o de práctica general. Una característica importante de la escala es que evita la inclusión de items tales como insomnio o pérdida de apetito que, aunque síntomas de un desorden depresivo o ansioso son también susceptibles de estar presente en una persona que sufre de una enfermedad física u orgánica. La escala consta de 14 items, divididos en dos subescalas para la ansiedad y la depresión, respectivamente.

Desarrollados específicamente para el paciente de cáncer, aunque mucho menos elaborados que los anteriores se encuentra el ACSA (Anamnestic Comparative Self-Assessment) BERNHEIM y BUYSE, 1983), es un método por el cual los pacientes de cáncer expresan numéricamente su nivel medio subjetivo de calidad de vida sobre una escala personal de

bienestar construida en base a la memoria del paciente de los periodos mejores y peores de su experiencia de vida. En la misma línea, se encuentra la técnica de autovaloración análoga lineal (L.A.S.A.) de PRIESTMAN y BAUM (1976), la cual, para una variable dada (ejemplo: náusea), presenta una línea de 10 centímetros y en sus límites se describe con palabras los extremos del síntoma.

Otro instrumento es el CIPS (Cancer Inventory of Problem Situations) (COSCARELLI et al. 1983; HEINRICH et al, 1984). Como su nombre indica es un inventario de problemas situacionales agrupados en 27 categorías, reagrupadas a su vez en 4 dominios: cuidado personal, situaciones médicas, relaciones interpersonales y miscelánea. También cabe mencionar el método para la valoración de respuestas cognitivas a un diagnóstico de cáncer desarrollado por MORRIS et al. (1985) que en una línea un poco distinta, a partir de una entrevista semiestructurada, establece tres categorías de respuesta: valoración (las evaluaciones del paciente con respecto a su diagnóstico de cáncer), mitigación (estrategias por medio de las cuales el paciente parece manipular sus pensamientos sobre el diagnóstico de cáncer de cara a reducir su impacto mental) y facilitación (describe modos en que los pacientes se animan a sí mismos a pensar positivamente sobre sus vidas, sin reducir necesariamente, a nivel mental, el fuerte potencial asociado con el diagnóstico de cáncer). Otra entrevista pero, en este caso, cerrada y orientada al problema es el método ideado por FREIDENBERGS et al. (1980) consta de 122 problemas potenciales relativos al cáncer, agrupados en trece áreas de funcionamiento: disconfort físico, tratamiento médico, servicio hospitalario, movilidad, trabajo doméstico, vocacional, finanzas, familia, área social, preocupación por

la enfermedad, área emocional, imagen corporal y comunicación. En 1984, SCHIPPER et al. desarrollan el FLIC (Functional Living Index-Cancer) cuyo formato final consta de 22 ítems distribuidos en 4 factores: bienestar físico, estado psicológico, interacción familiar situacional y sociabilidad.

Evidentemente, esta no es una revisión exhaustiva de la bibliografía, sino simplemente una pequeña muestra de algunos de los trabajos realizados en el área, a nivel metodológico. En cualquier caso, queda claro que los intentos no siguen una línea estructurada, sino que el avance va siendo lento e inconexo aunque, eso sí, la orientación es cada vez más específica hacia el paciente con cáncer.

Nuestro trabajo ha estado centrado desde el principio en el distress o perturbación psicológica experimentado por la paciente con cáncer de mama frente a su enfermedad. Nos planteamos pues, la creación de un instrumento específico para la valoración psicológica de esas pacientes. Preferimos centrarnos en un área concreta de la calidad de vida: el bienestar psicológico. No pretendemos una valoración ómnibus de la calidad de vida por cuanto la elección de sus componentes resulta hoy, cuanto menos, algo arbitraria ya que no ha sido solucionado definitivamente, como hemos visto, el problema de su definición operativa.

Tabla 3.- Cuestionarios orientados total o parcialmente hacia poblaciones médicas.

REFERENCIA	CUESTIONARIO	FACTORES O AREAS QUE LO INTEGRAN	POBLACION A LA QUE VA DIRIGIDO
DEROGATIS (1976)	SCL-90	I.- somatización II.- obsesivo / compulsivo III.- sensibilidad interpersonal IV.- depresión V.- ansiedad VI.- hostilidad VII.- ansiedad fóbica VIII.- ideación paranoide IX.- psicoticismo	población médica y psiquiátrica
WARE (1976)	HPQ	I.- salud presente / previa II.- salud futura III.- propensividad al rol de enfermo	población médica
COSCARELLI et al. (1983)	CIPS	I.- cuidado personal II.- situaciones médicas III.- interacciones personales IV.- misceláneas	pacientes de cáncer
DEROGATIS (1983)	BSI	forma breve de la anterior que consta de 53 items.	población médica y psiquiátrica
DEROGATIS (1984)	PAIS-SR	I.- orientación al cuidado de la salud II.- medio vocacional III.- medio doméstico IV.- relaciones sexuales. V.- relaciones familiares extendidas VI.- medio social VII.- distress psicológico	pacientes médicos

.../...

.../...

SHIPPER et al.
(1984)

FLIC

I.- bienestar físico
II.- estado emocional
III.- interacción situacional familiar
IV.- sociabilidad

pacientes de cáncer

SNAITH y TAYLOR
(1985)

HAD

I.- depresión
II.- ansiedad

poblaciones no psiquiátricas que se atienden en otros departamentos hospitalarios

2.2.- PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

A) OBJETIVO DEL TRABAJO

El presente trabajo, de una manera mucho más palpable que otros, no es independiente. Nos explicamos, nuestro objetivo era la creación de un cuestionario específico para las pacientes con cáncer de mama. El encuentro reiterado con la problemática y escaso alcance de los cuestionarios tradicionales, ya sea de Depresión, Ansiedad, Control emocional, Represión-Sensibilización, etc, cuando estos son aplicados a una población con cáncer de mama (verbigracia: La Depresión, donde las diferencias halladas con respecto a un grupo control parecen proceder del mayor peso de los items "somáticos" en dicho grupo de pacientes) nos llevó al planteamiento de la creación de un nuevo instrumento.

La base de datos para ese nuevo instrumento, la proporcionaron distintos trabajos llevados a cabo en nuestro Dpto: la tesis Doctoral de la Doctora Pilar Barreto: "Factores en Pacientes con Cáncer de Mama" (1984) y las tesis de Licenciatura de Encarna Forner: "Memoria, Pensamientos y Valores en Pacientes Cancerosas" (1984), Pilar Hernández: "Personalidad y Cognición en Enfermas Cancerosas" (1984) y la propia tesis de licenciatura llevada a cabo por la autora del presente trabajo: "Reacciones emocionales en Pacientes con Cáncer de Mama" (1985). En todos estos estudios se constataba una y otra vez la no existencia de diferencias cuantitativas entre el grupo de cáncer y una población sin patología orgánica conocida, en los distintos aspectos reflejados tradicionalmente por la

literatura: depresión, ansiedad, control emocional, etc. Se llevó a cabo, así, un análisis cuantitativo y cualitativo de los ítems de las distintas escalas utilizadas en dichos estudios. Todos aquellos que resultaron ser discriminativos en el grupo de cáncer (en función de su correlación con la puntuación total en el cuestionario) fueron agrupados para dar forma al cuestionario utilizado en el presente estudio.

Por una parte, pretendíamos detectar sobre ese pool de cuestiones (ya en sí, discriminativas las posibles diferencias entre un grupo de pacientes con cáncer de mama, y una población "normal". Por otro lado, nos planteamos tratar de determinar si las posibles diferencias existían desde el comienzo de la enfermedad o eran más bien debidas al proceso de la misma. Pasamos al cuestionario pues, también, a un grupo de mujeres en situación de prediagnóstico. Este último grupo fue después clasificado en distintos subgrupos dependiendo del diagnóstico que hubiesen recibido. Intentamos detectar también diferencias, si las hubiere, entre ellos.

B) MODO OPERATIVO

El procedimiento seguido para la obtención de la muestra utilizada por nosotros en este estudio fue como sigue.

En el grupo de pacientes con cáncer de mama, el pase de cuestionarios se realizó de la siguiente manera: durante los meses de febrero de 1986 hasta abril de 1987, a primera hora de la mañana, seleccionábamos de las historias

que iban a ser revisadas ese día, aquellas que nos interesaban (desechando los cánceres de otro tipo, las pacientes ya recogidas, etc.). Elaborábamos una lista con aquellas pacientes seleccionadas y recogíamos de las historias la información sobre el estadio de la enfermedad. Dicha lista pasaba a poder del oncólogo quien nos iba remitiendo, a medida que iban pasando por la consulta, a las pacientes indicadas. Estas eran recibidas por nosotros en un despacho improvisado a tal efecto, tras un biombo, debido a la escasez real de espacio constatada por nosotros, en el I.V.O.

Una vez la mujer nos era remitida, recibía por nuestra parte una descripción general de nuestro estudio, sin utilizar la palabra clave: cáncer, en tal explicación, por motivos obvios. A continuación, previo consentimiento, rellenábamos una ficha de datos que incluía, aparte de las identificación, algunas cuestiones acerca de su diagnóstico y prótesis mamaria (como ya vimos). Rellenados estos datos, se le presentaba el cuestionario ejemplificándole cómo había de rellenarlo; no lo rellenaban allí para evitar por nuestra parte alterar su tiempo. Se les pedía que el próximo día que tuvieran que acudir a Hospital de Día, nos lo devolvieran cumplimentado. Este fue el mayor contratiempo con que nos tropezamos pues por olvido, malestar, o simplemente por retrasarse su puesta de tratamiento debido a que el nivel de leucocitos en sangre no lo permitía, la devolución del cuestionario podía alargarse meses.

En cualquier caso, cabe mencionar que la colaboración de estas pacientes no debe calificarse sino de excelente. Incluso algunas nos reforzaron enormemente al comentar lo interesante que les parecía la presencia de un

psicólogo allí, y sólo en casos muy contados se negaron a participar en el estudio (5 pacientes).

Por otro lado, queremos agradecer la colaboración de todo el staff médico del I.V.O., que a pesar de la molestia que pudiera suponer nuestra presencia allí, sin ir más lejos, por el problema de espacio ya comentado, colaboraron con nosotros en todo momento.

El grupo de mujeres sin patología orgánica conocida pudo ser recogida gracias a la colaboración desinteresada, no sólo de las mujeres que rellenaron el cuestionario, sino también, de numerosas personas (alumnos, amigos, compañeros, etc.) que desde distintos puntos de la Comunidad Valenciana nos facilitaron el acceso a aquellas. Son muchas las personas a las que acudimos, en fin, y sin cuya amable colaboración este grupo hubiera sido inviable.

En este caso, se explicaron las instrucciones a aquellas personas que nos brindaron su ayuda, quienes actuaban como intermediarios, explicándolas a su vez a las mujeres de la muestra, éstas lo rellenaban en casa y en un plazo acordado lo devolvían a dichos "intermediarios" quienes nos remitían los cuestionarios cumplimentados.

Por último, el grupo de mujeres en situación de prediagnóstico fue apresado durante los meses de junio de 1986 a abril de 1987 en el Centro Control II Marqués del Turia, un centro dedicado al diagnóstico de cáncer, que depende del I.V.O.. En este lugar, "familiarmente" conocido como "La Estrella", (calle donde está ubicado), seguimos el procedimiento siguiente: en recepción, donde las mujeres dejaban constancia de cuál era el motivo de que solicitaran

visita médica, habíamos establecido como criterio para que una mujer nos fuera remitida, el que adujera el haberse palpado un "bulto" en la mama. Así pues, cualquier mujer que refería ese motivo era enviada a nosotros, previamente a la consulta.

Allí, igual que en los casos anteriores, se les explicaban las líneas generales de nuestro estudio también obviando el tema del cáncer, y, previo consentimiento, procedían a rellenar el cuestionario. En este caso, a diferencia del grupo de pacientes del I.V.O., era preciso que lo rellenaran en ese momento concreto, pues el paso siguiente era la visita médica donde ya recibían un diagnóstico.

En un momento posterior, el oncólogo nos facilitaba el diagnóstico obtenido por estas mujeres y así obtuvimos tres subgrupos: aquellas cuyo diagnóstico era benigno, diferenciando además aquellas que presentaban un nódulo sólido, de aquellas que tenían un quiste. El motivo de esta diferenciación fue el hecho de que, además de ser patologías distintas, a nivel de palpación parecen presentar diferencias: el quiste se palpa como algo blando, mientras el nódulo no (CASE, 1984); lo que hace a éste último más semejante al cáncer. Si bien este dato puede no ser discriminativo para la mujer en concreto, hemos de señalar que en muchos casos ya habían acudido previamente por lo menos al médico de cabecera, con lo que una cierta información más o menos tranquilizadora ya la poseían; por otro lado, las mujeres que habían recibido el diagnóstico de cáncer, y por último, aquellas que ni radiológicamente ni por palpación se les detectó ninguna anomalía.

Curiosamente, en la revisión con el oncólogo de los diagnósticos, nos encontramos con un grupo de mujeres que si bien en un principio adujeron como motivo de consulta, la existencia en su mama de un "bulto", no siguieron manteniendo esa postura una vez dentro de la consulta. Comentándolo con el personal médico nos aclararon que eso podía obedecer a motivos diversos: una palpación del bulto propiamente ocasional, conseguir visita mucho más rápidamente, etc. Aunque en un principio nos pareció un grupo desechable por la falta de criterio homogéneo (no se presentaba la vivencia clara de bulto), posteriormente decidimos plantearlo como un grupo control donde el criterio unificador era el deseo de ser explorada con un cierto "carácter urgente". Incluimos también en él mujeres que presentaban como motivo para ser exploradas la existencia de antecedentes familiares de primer grado (otro motivo que conllevaba una cierta urgencia) y lo mantuvimos en nuestro estudio. En todos estos casos, el diagnóstico fue negativo, no se encontró ninguna anomalía en las mujeres que lo componen.

El trato recibido por nosotros en "La Estrella" fue inmejorable. No sólo en las cuestiones estrictamente científicas podríamos decir, sino en cuanto al apoyo y amistad recibidos por el personal allí integrado. Consiguieron entristecernos cuando nuestra marcha era inminente porque la recogida de la muestra había llegado a su fin.

2.3.- PRESENTACION DEL CUESTIONARIO

Como ya mencionamos en un momento anterior, el instrumento por nosotros utilizado no es más que la recopilación de aquellos items de las distintas escalas empleadas en estudios previos, que presentaban una correlación significativa con la puntuación total en la escala, sólo en el grupo de cáncer, i.e, su correlación con la puntuación total en la escala, en el grupo "control", no era significativa.

El amplio espectro de estudio abarcado en dichos trabajos, incluía la siguientes variables:

- Variables básicas de Personalidad

- Extraversión
- Nemoticismo
- Control Emocional
- Paranoidismo
- Autocontrol
- Locus de Control

- Variables motivacionales

- Motivación y Ansiedad facilitadora e inhibidora del rendimiento

- Variables cognitivas y psicosociales

- Memoria
- Dependencia-Independencia del Campo
- Ideas Irracionales
- Rigidez
- Valores

- Variables Psicopatológicas

Ansiedad Rasgo - Estado

Ansiedad latente - Manifiesta

Depresión

- Variables de Vulnerabilidad y Afrontamiento del Stress

Represión-Sensibilización

Desamparo-Desconcierto

Impotencia

Disgusto e Ira

De todas esas variables, eliminamos aquellas más estrictamente cognitivas: Memoria, Dependencia-Independencia de Campo y Rigidez. Y aunque en un principio pensamos incluir la de Ideas Irracionales, fue desechada posteriormente debido a que su puntuación bidireccional, creaba problemas para su inclusión conjunta con el resto de variables, en una escala unidireccional.

En definitiva pues, nos centramos en aquellas variables con una mayor carga oréctica que suponían desde un principio nuestro máximo interés, y nos permitía además una mayor homogeneidad en el contenido de los items. Las enumeramos a continuación, señalando en cada caso el o los cuestionarios a través de los cuales habían sido medidas.

- Variables básicas de Personalidad. La Extraversión y el Neuroticismo se evaluaron independientemente mediante dos instrumentos distintos: Cuestionario de Personalidad (EPI) de Eysenck (1978) el

Cuestionario E-N (una adaptación del MMPI de Eysenck, adaptación hecha al castellano por GUERRA (1983). El Cuestionario C.E.F. de PINILLOS (1982) evaluaba, además de Extraversión, Control Emocional y Paranooidismo. El Cuestionario de Autocontrol de ROSEMBAUM (1980) fue la medida empleada en la variable de Autocontrol y el Inventario del Control Interno-Externo de ROTTER (1966), empleando la traducción al castellano realizada por CAPAFONS y BARRETO (1984), la utilizada en la variable de Locus de Control.

- Variables motivacionales. El Cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución (MAE) de PELECHANO (1974) fue la medida utilizada en este caso.

- Variables psicosociales. Se empleó la Escala de Valores forma B de ROKEACH (1973), utilizando la traducción al castellano realizada por GARZON (1984), para medir la única variable de este área mantenida en el presente estudio.

- Variables psicopatológicas. Para la valoración de la Ansiedad se empleó el "State - Trait Anxiety Inventory" (STAI) de SPIELBERG (1970), en el caso de la valoración de la Ansiedad Rasgo-Estado, utilizando la traducción del original inglés (BARRETO y CAPAFONS, 1984). Por otro lado, se hizo uso de la traducción del original inglés realizada por IBÁÑEZ (1972) del Cuestionario de Ansiedad IPAT de CATTELL (1963), instrumento empleado en el caso de la Ansiedad Latente-Manifiesta.

La Depresión fue valorada a través de dos Cuestionarios: Inventario de Depresión de BECK (1961), utilizando la traducción castellana del original inglés realizada por CAPAFONS y BARRETO (1984), y el Inventario de Depresión de ZUNG (1965), traducción castellana realizada por CAPAFONS y BARRETO (1984).

- Variables de Vulnerabilidad y Afrontamiento del Stress. La represión-sensibilización se valoró, obviamente, a través del Cuestionario de Represión-Sensibilización (R-S) de BYRNE (1961), utilizando la traducción al castellano hecha por J. RODRIGUEZ MARIN (1984). Para la medida de las variables de desamparo-desconcierto, impotencia y disgusto-ira se utilizaron tres escalas elaboradas por el Profesor BRENGELMANN en el Instituto Max Planck de Munich, a partir de trabajos anteriores de SELIGMAN y CARPENTER. Estos cuestionarios fueron adaptados para la población española por GUERRA (1983).

Mantuvimos pues 15 variables medidas a través de 15 escalas.

Los items seleccionados de cada una de las escalas, en función del criterio antes mencionado (recordemos: items que sólo correlacionaban significativamente con la puntuación total, en el grupo de cáncer) fueron los siguientes:

Eysenck Personality Inventory (EPI) de Eysenck

No. item

- 2 "Necesito amigos que me comprendan y alienten"
- 19 "Suelo despertar"
- 26 "Después de haber hecho algo importante,
pienso que podría haberlo realizado mejor"
- 31 "Noto palpitaciones o golpes en el corazón"
- 35 "Soy una persona irritable"
- 40 "Tengo pesadillas"
- 5 "Antes de llevar a cabo una acción, me paro a
reflexionar"
- 15 "Prefiero la lectura a la conversación con la
gente"
- 22 "Cuando alguien me grita, respondo también
gritando"
- 41 "Me sentiría muy desdichada si no pudiera ver a
mucha gente"
- 44 "Me gusta tanto hablar con la gente que no pierdo
ocasión de conversar incluso con un desconocido"

56 "Tengo tendencia a pasar de una actividad a otra
constantemente"

Los seis primeros items pertenecen a la dimensión
del Neuroticismo, mientras los seis últimos miden
Extraversión.

Cuestionario E-N

Ningún item resultó significativo sólo para el
grupo de cáncer, en este caso.

Cuestionario de Personalidad (C.E.P.) de Pinillos.

No. item

- 12 "Me disgusto con facilidad"
- 72 "Me conformo cuando no me salgo con la mía"
- 104 "Hay ocasiones en que lo único que me apetece es
estar sólo y que me dejen en paz"
- 13 "Me gusta recordar momentos felices de mi vida
pasada"
- 20 "Me molesta mucho llegar tarde a una cita"
- 32 "Cuando ya ha pasado el momento, se me ocurre lo

que debería haber hecho"

- 61 "Me deprime o aburre estar sólo"
- 92 "Sinceramente, me considero capaz de hacer las cosas mejor que la mayoría"
- 106 "Me gusta permanecer en un segundo término en las fiestas y reuniones"
- 125 "Cambio de aficiones con facilidad"
- 15 "Soy tímida con las personal de otro sexo"
- 19 "Creo que las dificultades sólo detienen a los débiles"
- 54 "Me gusta averiguar los motivos ocultos de la conducta ajena"
- 68 "Se aguantar bien a las personas que abusan de su autoridad"
- 71 "Me duele mucho que me traten secamente"

Los tres primeros items se refieren a la dimensión de Control Emocional, los siete siguientes a la de Extraversión y los cinco restantes a la de Paranoidismo.

Fueron eliminados para nuestro estudio, los items 72 y 92, debido a que (de las tres opciones de respuesta: (SI, NO, ?), en la escala original puntuaba la opción "?", con lo que estos items no presentaban una direccionalidad clara.

El Cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución (MAE) de PELECHANO.

No. item

- 36 "Me hago cargo de tanto trabajo que no tengo tiempo ni para dormir"
- 49 "Con tal de hacer algo, soy capaz de trabajar, aunque el pago a mi trabajo sea a todas luces insuficiente"
- 3 "Empiezo cosas que después no termino"
- 19 "Cuando me pongo a hacer algo, lo hago como si estuviera en juego mi propio prestigio"
- 50 "Mis amistades dicen que soy una holgazana"
- 12 "Ya cuando iba a la escuela, me propuse llegar muy lejos"
- 30 "A mayor responsabilidad en la tarea a realizar, yo exigiria mayor recompensa"
- 69 "Los demás exigen demasiado de mi misma"

- 17 "Yo me haría cargo de un puesto de responsabilidad aunque no estuviera bien pagado"
- 27 "Cuando siento una ansiedad moderada, mi pensamiento va más rápido"
- 58 "En principio trabajo con más ganas si tengo mucho trabajo"
- 70 "En cuanto entro en la sala en donde se va a hacer una prueba (o de una situación comprometida) me siento nerviosa. Cuando la comienzo a realizar o empieza la situación, desaparece mi nerviosismo"
-

Los siete primeros items se incluyen dentro de la motivación, mientras que los cinco restantes hacen referencia a la ansiedad de ejecución.

Escala de Valores de ROKEACH.

No. item

- 1 "Creo que es importante tener una vida cómoda, apacible, sin problemas económicos"
- 2 "Para mí es importante tener una vida excitante (estimulante, activa)"
- 13 "Opino que es importante tener placer (hacer las cosas que me gustan o me agradan)"

- 14 "Pienso que es importante lograr la Salvación (ganar el cielo)"
- 26 "Creo que es importante ser servicial (ayudar a los demás)"
- 34 "Opino que es importante ser educado (tener buenas costumbres y modales, ser cortés)"
-

Aunque el valor No.2 no era característico del grupo de cáncer sino del grupo "control", como era el único que caracterizaba a este grupo, decidimos incluirlo para ver si de manera consistente no aparecía como significativo en el grupo de cáncer.

Cuestionario para la Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de SPIELBERGER.

No. item

- 7 "Temo cometer errores o sufrir accidentes"
-

Este fue el único item significativo en el grupo de cáncer.

Cuestionario de Ansiedad (IPAT) de CATTELL.

No. item

- 1 "El interés que siento por la gente y las distracciones tiende a cambiar con facilidad"
- 6 "Admiro a mis padres en todas las cuestiones de importancia"
- 9 "Cuando me ordenaban o exigían obediencia mis padres (o superiores), lo hacían de manera irracional"
- 11 "Estoy convencida de que podré reunir mis fuerzas para hacer frente a una dificultad inesperada"
- 12 "Cuando era pequeña tenía miedo a la oscuridad"
- 13 "La gente me dice que se notan mis emociones en mi voz y en mis gestos"
- 17 "Me siento inquieta, como si deseara alguna cosa, sin saber cuál"
- 21 "Desgasto más energía que la mayor parte de la gente, cuando hago cualquier cosa porque la hago en tensión"
- 22 "Me propongo no estar distraída y no olvidar los detalles"

- 28 "La mayoría de la gente es un poco extravagante aunque no quiera reconocerlo"
- 31 "Cuando las cosas me van mal, me entran ganas de llorar"
-

Inventario de Depresión de BECK.

No. item

- 11 "Me irrito más que antes" (forma 0)
- 12 "He perdido el interés por los demás" (forma 1)
- 14 "Mi apariencia física ha empeorado" (forma 0)
- 19 "He adelgazado" (generalización formas 1, 2, 3)
-

En este cuestionario, son conocidas las cuatro alternativas que incluye cada item: la forma 0, donde queda planteada, como si dijéramos, la cuestión y las formas 1, 2, 3 que son gradaciones de esa cuestión ya direccionalizada. Intentamos recoger las alternativas con y sin direccionalidad. En el caso del item 19, nos pareció más interesante determinar la posible causa "controlada".

No. item

- 11 "Me irrito con facilidad" (forma 1)
 - 12 "Me intereso por los demás" (forma Ø)
 - 14 "Me preocupa parecer vieja o poco atractiva"
(forma 1)
 - 19 "Sigo algún régimen para adelgazar" (explicitación
que se incluye en este ítem en el cuestionario)
-

Inventario de Depresión de ZUNG.

No. ítem

- 20 "Me gustan las mismas cosas que habitualmente me
venían agradando"
-

Cuestionario de Represión-Sensibilización de BYRNE.

No. ítem

- 4 "La mayor parte del tiempo me parece tener un nudo
en la garganta"

- 8 "Me cuesta concentrarme en una tarea o trabajo"
- 10 "He tenido periodos de días, semanas o meses en los que no podía preocuparme por las cosas porque no tenía ánimos para nada"
- 17 "Me gustaría ser tan feliz como parecen ser los demás"
- 27 "No parece importante lo que suceda"
- 31 "Siento como si tuviera una venda puesta fuertemente alrededor de mi cabeza"
- 39 "Cuando tengo varias cosas que hacer, en general planifico mi trabajo"
- 41 "He perdido o desaprovechado cosas por no saberme decidir a tiempo"
- 61 "Me duele la cabeza"
- 64 "Me gustaría no ser tan tímida"
- 79 "Cuando salgo de casa me preocupa si la puerta y las ventanas quedan bien cerradas"
- 87 "Incluso cuando estoy con gente, me siento sola la mayor parte del tiempo"
- 89 "Me aturdo fácilmente"
- 92 "Siento ansiedad a causa de algo o alguien"

- 96 "Cruzo la calle para no encontrarme con ciertas personas"
- 110 "Tengo momentos de abatimiento"
- 111 "Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas"
- 114 "Mis proyectos me parecen tan llenos de dificultades que tengo que abandonarlos"
- 116 "Me parece que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo vencerlas"
- 118 "Me siento una fracasada cuando me hablan del éxito de alguien que conozco bien"
- 120 "Pienso que no valgo nada"
- 126 "Me siento cansada buena parte del tiempo"
-

Escala de Desamparo-Desconcierto.

No. item

- 3 "Tengo la sensación de no ser independiente"
- 6 "Si no me ayuda alguien, estoy perdida"

- 8 "Dependo de la ayuda de los demás"
- 9 "Sin el consejo de los demás no sé lo que debo hacer"
- 10 "Ante mis problemas estoy totalmente desconcertada"
- 12 "Necesito los consejos de los demás"
- 13 "Si no me ayuda alguien, no logro nada en la vida"
- 15 "En situaciones críticas necesito el consejo de los demás"
- 16 "Mi sensación de desamparo es espantosa"
- 18 "Estoy tan desamparada como un niño"
- 21 "No puedo pasar sin la ayuda de los otros"
- 23 "Prefiero pedir a otros consejo antes que hacer algo mal"
- 24 "No sabía cómo seguir viviendo sin la ayuda de los demás"
- 26 "Soy incapaz de realizar algo por propia iniciativa"
- 27 "Hay cosas en que debo dejarme aconsejar primero por otros"

- 32 "Me cuesta llevar sola mi vida"
- 41 "Necesito las ideas de buenos amigos para comprender correctamente mis problemas"
-

Escala de Impotencia.

No. item

- 8 "La vida pasa sin mi intervención"
- 9 "Me siento impotente para afrontar la vida"
-

Escala de Disgusto-Ira

Ningún item en este caso fue discriminativo del grupo de cáncer.

Cuestionario de Autocontrol de ROSEMBAUM.

No. item

- 9 "Cuando me enfrento a una situación difícil, prefiero posponer el tomar una decisión, incluso si dispongo de todos los elementos de juicio"

- 11 "Cuando planifico un trabajo, dejo de lado todo lo que no tenga que ver con él"
- 13 "Cuando me molesta un pensamiento desagradable intento pensar en algo agradable"
- 14 "Si fumara dos paquetes de cigarrillos al día, probablemente necesitaría ayuda externa para dejar de fumar"
- 26 "Cuando siento que estoy siendo muy impulsiva, me digo a mí misma: para y piensa antes de hacer nada"
- 32 "Cuando tengo varias cosas que hacer en general clasifico mi trabajo"
- 36 "Cuando tengo hambre y no puedo comer, intento alejar mis pensamientos de mi estómago e imaginar que estoy satisfecha"
-

Inventario del Locus de Control de ROTTER.

No. item

- 12 "El mundo está en manos de unas cuantas personas que tienen el poder, y la gente corriente no tienen nada que hacer con ellos" (alternativa b)

- 23 "A veces no puedo entender como ponen las notas los profesores"
- 24 "Un buen lider hace ver claramente a todo el mundo cuáles son sus tareas" (alternativa b)
- 29 "No puedo entender el modo de proceder de los políticos" (alternativa a)
-

Como es sabido, este cuestionario consta de dos formulaciones en cada ítem: una correspondiente a un locus de control externo, y otra correspondiente a un locus de control interno. Se incluyeron pues, las formas alternativas de los ítems expuestos, como ítems distintos. Eliminamos el ítem 23 de nuestro instrumento porque consideramos que la autoreferencia en él no estaba clara y este era un aspecto importante para nosotros. En definitiva, se añadieron los ítems:

No. ítem

- 12 "El ciudadano medio puede influir en las decisiones del gobierno" (alternativa a)
- 24 "Un buen lider espera que el pueblo decida por sí mismo lo que debería hacer" (alternativa a)
- 29 "A la larga, el pueblo es el responsable del mal gobierno tanto a nivel local como nacional" (alternativa b)

Resumiendo pues, con todos estos items (EPI: 12, CEP: 13, MAE: 12, Escala de Valores: 6, STAI: 1, IPAT: 11, IDB: 8, IDZ: 1, R-S: 22, D-D: 17, I: 2, D-I: 0, AC: 7 y LC: 6) y ordenándolos al azar obtuvimos un cuestionario formado por 118 items. Ya lo mencionamos anteriormente, nuestro interés era una escala unitaria para todos ellos, de ahí que obviáramos la escala inicial propia y optáramos por la elección de una conjunta. Nos decidimos por la forma de cuatro alternativas por considerar que nos podía ofrecer una mayor riqueza en la información que la opción de SI/NO y por otra parte obligaba a una mayor discriminación.

El instrumento presenta pues cuatro alternativas, con dos formas de respuesta para cada item atendiendo a dos criterios: frecuencia (NUNCA, ALGUNAS VECES, FRECUENTEMENTE y SIEMPRE) y cantidad (NADA, ALGO, BASTANTE y MUCHO).

Si bien las cuestiones no habían sido fruto de nuestra invención (sino tomadas de cuestionarios previos), nosotros no habíamos hipotetizado ningún tipo de resultados. Se trataba pues de una elaboración empírica de un cuestionario, y en este sentido, no conservamos la direccionalidad inicial de los items. Todos ellos se puntuaron (sin ningún tipo de asunción) de acuerdo por la escala establecida, como sigue:

- NUNCA o NADA 0 puntos
- ALGUNAS VECES o ALGO 1 punto
- FRECUENTEMENTE o BASTANTE 2 puntos
- SIEMPRE o MUCHO 3 puntos

La puntuación máxima posible en la escala era pues de 354. El formato final del instrumento quedó como sigue:

Apellidos y nombre

Edad Sexo

Domicilio Teléfono

Ocupación Estado civil

Número de hijos

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de preguntas y afirmaciones que las personas hacen para describir su manera de sentir y de actuar. Lea cada una de ellas y haga una cruz en el casillero que indica la opción con que usted está más de acuerdo.

En este cuestionario no hay respuestas verdaderas ni falsas. No se detenga mucho ante cada afirmación, dé la respuesta que mejor refleje su modo de pensar.

Por favor no deje ninguna respuesta sin contestar.

GRACIAS POR SU COLABORACION

	Nunca Nada	Algunas veces Algo	Frecuen- temente Bastante	Siempre Mucho
1. El interés que siento por la gente y las distracciones tiende a cambiar con facilidad				
2. Admiro a mis padres en todas las cuestiones de importancia				
3. Me gustaría no ser tan tímida				
4. Opino que es importante ser educado (tener buenas costumbres y modales, ser cortés)				
5. Me siento cansada buena parte del tiempo				
6. Pienso que es importante lograr la Salvación (ganar el cielo)				
7. Cuando siento una ansiedad moderada, mi pensamiento va más rápido				
8. Sigo algún régimen para adelgazar				
9. Si no me ayuda alguien, estoy perdida				
10. Después de haber hecho algo importante, pienso que podría haberlo realizado mejor				

	Nunca	Algunas veces	Frecuente	Siempre
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
11. Cuando las cosas me van mal, me entran ganas de llorar				
12. Cuando me molesta un pensamiento desagradable intento pensar en algo agradable				
13. Me deprime o aburre estar sola				
14. A la larga, el pueblo es el responsable del mal gobierno, tanto a nivel local como nacional				
15. Mis amistades dicen que soy una holgazana				
16. Cuando siento que estoy siendo muy impulsiva, me digo a mí misma: "para y piensa antes de hacer nada"				
17. No puedo pasar sin la ayuda de los otros				
18. Mi sensación de desamparo es espantosa				
19. Sé aguantar bien a las personas que abusan de su autoridad				
20. Opino que es importante tener placer (hacer las cosas que me gustan o me agradan)				

	Nunca	Algunas veces	Frecuente	Siempre
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
21. En cuanto entro en una sala en donde se va a hacer una prueba (o de una situación comprometida) me siento nerviosa. Cuando la comienzo a realizar o empiezo la situación, desparece mi nerviosismo.				
22. Me gusta recordar momentos felices de mi vida pasada				
23. Me irrito más que antes				
24. Cambio de aficiones con facilidad				
25. No parece importarme lo que suceda				
26. Estoy convencida de que podré reunir mis fuerzas para hacer frente a una dificultad inesperada				
27. Me preocupa parecer vieja o poco atractiva				
28. Me intereso por los demás				
29. Yo me haría cargo de un puesto de responsabilidad aunque no estuviera bien pagado				
30. Me gustaría ser tan feliz como parecen ser los demás				

	Nunca	Algunas veces	Frecuente	Siempre
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
31. Tengo tendencia a pasar de una actividad a otra constantemente				
32. Cuando tengo varias cosas que hacer, en general planifico mi trabajo				
33. Tengo la sensación de no ser independiente				
34. Siento como si tuviera una venda puesta fuertemente - alrededor de mi cabeza				
35. Suelo despertar				
36. No puedo entender el modo de proceder de los políticos				
37. Un buen líder espera que el pueblo decida por sí mismo lo que debería hacer				
38. Desgasto más energía que la mayor parte de la gente cuando hago cualquier cosa porque la hago en tensión				
39. Incluso cuando estoy con gente me siento sola la mayor parte del tiempo				
40. Creo que las dificultades sólo detienen a los débiles				

	Nunca	Algunas veces	Frecuente	Siempre
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
41. Si no me ayuda alguien, no logro nada en la vida				
42. Noto palpitaciones o golpes en el corazón				
43. Soy incapaz de realizar algo por propia iniciativa				
44. Para mí es importante tener una vida excitante (estimulante, activa)				
45. Cuando tengo hambre y no puedo comer, intento alejar mis pensamientos de mi estómago e imaginar que estoy satisfecha				
46. Tengo pesadillas				
47. Me gustaría averiguar los motivos ocultos de la conducta ajena				
48. Necesito las ideas de buenos amigos para comprender correctamente mis problemas				
49. Ya cuando iba a la escuela me propuse llegar muy lejos				
50. Creo que es importante ser servicial (ayudar a los demás)				

	Nunca Nada	Algunas Algo	Frecuen- temente Bastante	Siempre Mucho
51. Me sentiría muy desdichada si no pudiera ver a mucha gente				
52. Cuando era pequeña tenía miedo a la oscuridad				
53. Me cuesta concentrarme en una tarea o trabajo				
54. Hay ocasiones en que lo único que me apetece es estar sola y que me dejen en paz				
55. Me aturdo fácilmente				
56. Soy una persona irritable				
57. Me cuesta llevar sola mi vida				
58. Mi apariencia física ha empeorado				
59. En principio trabajo con más ganas si tengo mucho trabajo				
60. Creo que es importante tener una vida cómoda (apacible, sin problemas económicos)				
61. Me siento inquieta, como si deseara alguna cosa sin saber cuál				

	Nunca	Algunas veces	Frecuente	Siempre
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
62. Verdaderamente, me siento una inútil				
63. Cuando me ordenaban o exigían obediencia mis padres (o superiores), lo hacían de manera irracional				
64. Prefiero pedir a otros consejo antes de hacer algo mal				
65. Cuando me pongo a hacer algo lo hago como si es - tuviera en juego mi propio prestigio				
66. Soy tímida con las personas del otro sexo				
67. Me propongo no estar distraída y no olvidar los detalles				
68. He perdido o desaprovechado cosas por no saberme decidir a tiempo				
69. En situaciones críticas, necesito el consejo de los demás				
70. Me hago cargo de tanto -- trabajo que no tengo tiempo ni para dormir				
71. Un buen líder hacer ver claramente a todo el mundo cuáles son sus tareas				

	Nunca	Algunas veces	Frecuente	Siempre
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
72. Los demás exigen demasiado de mí misma				
73. Pienso que no valgo nada				
74. Prefiero la lectura a la conversación con la gente				
75. He adelgazado				
76. A mayor responsabilidad en la tarea a realizar yo exigiría mayor recompensa				
77. Estoy tan desamparada como un niño				
78. Con tal de hacer algo, soy capaz de trabajar, aunque el pago a mi trabajo sea a todas luces insuficiente				
79. Hay cosas en que debo dejarme aconsejar primero por otros				
80. Temo cometer errores o sufrir accidentes				
81. Empiezo cosas que después no termino				
82. Me irrito con facilidad				
83. El mundo está en manos de unas cuantas personas que tienen el poder, y la gente corriente no tiene nada que hacer con ello				

	Nunca	Algunas veces	Frecuente	Siempre
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
84. Si fumara dos paquetes de cigarrillos al día, probablemente necesitaría ayuda externa para dejar de fumar				
85. Dependo de la ayuda de los demás				
86. Me duele mucho que me traten secamente				
87. Me gusta permanecer en un segundo término en las fiestas y reuniones				
88. Antes de llevar a cabo una acción me paro a reflexionar				
89. Me molesta mucho llegar tarde a una cita				
90. Sin el consejo de los demás no sé lo que debo hacer				
91. Cruzo la calle para no encontrarme con ciertas personas				
92. La gente me dice que se notan mis emociones en mi voz y en mis gestos.				
93. Me gusta tanto hablar con la gente que no pierdo ocasión de conversar incluso con un desconocido				

	Nunca	Algunas veces	Frecuente	Siempre
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
94. Cuando ya ha pasado el momento, se me ocurre lo que debería haber hecho				
95. Tengo momentos de abatimiento				
96. Cuando salgo de casa me preocupa si la puerta y las ventanas quedan bien cerradas				
97. Me siento una fracasada cuando me hablan del éxito de alguien que conozco bien				
98. La mayoría de la gente es un poco extravagante aunque no quiera reconocerlo				
99. Cuando me enfrento a una situación difícil, prefiero posponer el tomar una decisión incluso si dispongo de todos los elementos de juicio				
100. Necesito los consejos de los demás				
101. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me venían agradando				
102. Cuando alguien me grita, respondo también gritando				

	Nunca	Algunas veces	Frecuente	Siempre
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
103. Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas				
104. Me siento impotente para afrontar la vida				
105. El ciudadano medio puede influir en las decisiones del Gobierno				
106. La mayor parte del tiempo me parece tener un nudo en la garganta				
107. Ante mis problemas estoy totalmente desconcertada				
108. He tenido periodos de días, semanas o meses en los que no podía preocuparme por las cosas porque no tenía ánimos para nada				
109. No sabría cómo seguir viviendo sin la ayuda de los demás				
110. Cuando planifico un trabajo, dejo de lado todo lo que no tenga que ver con él				
111. Me disgusto con facilidad				
112. Me parece que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo vencerlas				

	Nunca	Algunas veces	Frecuente	Siempre
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
113. Me duele la cabeza				
114. Siento ansiedad a causa de algo o de alguien				
115. He perdido el interés por los demás				
116. Mis proyectos me parecen tan llenos de dificultades que tengo que abandonarlos				
117. La vida pasa sin mi intervención				
118. Necesito amigos que me comprendan y alienten				

POR FAVOR, REPASE EL CUESTIONARIO PARA VER SI HA DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR

MUCHAS GRACIAS

2.4.- CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

La muestra utilizada para nuestro estudio se compone de tres grandes grupos: un grupo formado por pacientes, mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, un grupo formado por mujeres sin patología orgánica conocida y un grupo que incluye mujeres que acudían por problemas mamarios a un centro diagnóstico.

A) MUJERES CON CANCER DE MAMA BAJO TRATAMIENTO POLIQUIMIOTERAPEUTICO

Lo componen 150 mujeres que recibían tratamiento en el Instituto Valenciano de Oncología (IVO). El criterio de selección de la muestra se basó en 2 aspectos:

- 1) mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que habían recibido tratamiento quirúrgico y
- 2) que estuviesen recibiendo tratamiento poliquimioterapéutico en el momento del pase de cuestionarios.

Todas las mujeres de este grupo recibían su tratamiento en régimen ambulatorio, i-e, acudían a Hospital de Día a recibir su tratamiento y regresaban a casa.

Las pacientes de este grupo clínico abarcaban toda la gama de estadios de la enfermedad: I, II, III, y IV, siendo más numeroso el IV (43.33 % de la muestra), luego el III (29.33%), el II (24.67 %) y, por último, el I (2.67 %) (tabla 2.4.1.1.).

Este grupo presenta una distribución por edad en periodos de 5 años que se presenta en la tabla 2.4.1. Utilizamos esta distribución en lugar de los parámetros típicos de X y D.V. por considerar que aquella era una información más estricta y exhaustiva de cara al posible control de la variable edad cuando se comparasen distintos grupos entre sí. Por otro lado, la procedencia geográfica de este grupo es fundamentalmente de la Comunidad Valenciana.

Tabla 2.4.1.1.- Distribución por estadios del grupo de cáncer bajo tratamiento.

ESTADIO	No. SUJETOS	% SUJETOS
I	4	2.67
II	37	24.67
III	44	29.33
IV	65	43.33
TOTAL	150	100

Tabla 2.4.1.- Distribución por periodos de edad de cinco años, medias y desviaciones típicas de los distintos grupos que componen nuestra muestra.

Intervalo edad	Co	Ca	N	Q	B	C	S	A	P
16 - 20			2		2		4		4
21 - 25			4		4		10	2	12
26 - 30			2	1	3		8	3	11
31 - 35	6	6	6		6		13	6	19
36 - 40	13	13	6	4	10	1	7	4	11
41 - 45	23	23	5	7	12		9	3	12
46 - 50	21	21	3	6	9	5	5	1	6
51 - 55	22	22	2	4	6	1		3	3
56 - 60	20	20	2		2	3	5	1	6
61 - 65	24	24	1		1	5			
66 - 70	12	12				3	1		1
71 - 75	7	7		1	1	2			
76 - 80	2	2				2			
N	150	150	33	23	56	22	62	23	85
X	53.44	53.33	38.18	45.52	41.20	59.82	36.05	37.74	36.51
D.S	11.03	10.71	11.42	8.20	10.77	10.91	11.58	10.04	11.15

NOTA: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los diferentes grupos: Ca = Pacientes de cáncer bajo tratamiento poliquimioterapéutico, Co = Control, N = Nódulo, Q = Quiste, B = Benigno (N + Q), C = Cáncer de diagnóstico, S = Sintomáticas, A = Asintomáticas y P = Ausencia de patología mamaria (S + A).

N = Número total de sujetos, X = Media de edad y D.S. = Desviación standar.

La ocupación más numerosa en esta muestra es la de ama de casa (80 %) (tabla 2.4.2). En cuanto al estado civil, un 87.67 % estaban casadas (en su mayoría, 65.39 %, con 2 ó 3 hijos), un 4 % solteras, un 8.67 % estaban viudas (también en su mayoría, 76.92 %, con 2 ó 3 hijos) y un 0.67 % divorciadas (tabla 2.4.3). Se siguen, pues, manteniendo (como en estudios previos) porcentajes contrarios a los que se ofrecen en las estadísticas al uso, donde aparece una mayor incidencia del cáncer de mama en mujeres solteras, en segundo lugar viudas, y, por último, casadas (KHOURY et al. 1981).

Sólo mencionar, por último, que a modo informativo se le pedía a la paciente que refiriera su diagnóstico y si llevaba prótesis o no. Respecto a la primera cuestión, la mayor parte de las pacientes respondieron haciendo referencia al "pecho cortado" (63.33 %), un 18 % mencionaron "cáncer de mama", un 12 % hablaban de "tumor canceroso o maligno" y el 6.67 % mencionó vagamente "un bulto" (tabla 2.4.1.2). Como vemos, sólo el 30 % de la muestra hacía verbalizaciones explícitas en relación con el cáncer o la malignidad, mientras el 70 % contemplaba a nivel verbal, sólo, podríamos decir, su experiencia: el bulto que notaron en un principio, o bien la falta actual de su pecho. Evidentemente, aunque no podemos hacer ningún tipo de afirmación, sin embargo esto sí nos evoca una posible "negación selectiva" (MEYEROWITZ, 1981). La paciente tiene evidencias de enfermedad (el "bulto", la operación) a las que no puede sustraerse, pero sí, a nivel de asunción, quedarse en ellas y no dar el salto hacia el diagnóstico, que eso conlleva.

Tabla 2.4.2.- Distribución por ocupaciones de los distintos grupos que componen nuestra muestra.

PROFESION	Ca		Co		N		Q		B		C		S		A		P	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sus labores	120	80	128	85.33	22	66.67	12	52.17	34	60.71	17	77.27	39	62.90	13	56.52	52	61.18
Comercio	9	6	5	3.34	1	3.03	6	26.09	7	12.50	2	9.09	6	9.68	3	13.04	9	10.59
Servicio doméstico	7	4.67	1	0.67	1	3.03	1	4.35	2	3.57	1	4.55	1	1.61			1	1.18
Agrícola	5	3.34	3	2			2	8.70	2	3.57	1	4.55			1	4.35	1	1.18
Ob. Industria	2	1.33	4	2.67	1	3.03			1	1.79			3	4.84			3	3.53
Admón.	3	2	5	3.34	1	3.03			1	1.79			9	14.52	3	13.04	12	14.12
Liberal (estudios medios)	4	2.67	4	2.67	2	6.06	2	8.70	4	7.14	1	4.55	2	3.23	3	13.04	5	5.88
Estudiante					5	15.15			5	8.93			2	3.23			2	2.35

NOTA: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los distintos grupos: Ca = Cáncer bajo tratamiento, Co = Control, N = Nódulo, Q = Quiste, B = Benigno (N + Q), S = Sintomáticas, A = Asintomáticas y P = Ausencia de patología mamaria - (S + A).

Ante la cuestión de la prótesis, (tabla 2.4.1.3) encontramos que el 46.67% de las mujeres la utilizaban; en la mayoría de casos (95.71%) era de Silicona. El 45.33% no llevaban ningún tipo de prótesis, recurrían, si acaso, al algodón o la esponja. El 8% restante de pacientes sólo habían sufrido tumorectomía, con lo que, en su caso, la pregunta carecía de sentido. A la vista de esto, parece quedar claro que la prótesis, hoy por hoy, no es utilizada por la gran mayoría de mujeres mastectomizadas, sin embargo, es importante mencionar aquí que en varios de los casos en que las mujeres nos informaban de que no llevaban prótesis, comentaban el gasto que la misma suponía y nos pedían información a cerca de cómo obtenerla vía Seguridad Social. Es decir, quizá sin el impedimento económico, la cifra de personas que utilizan prótesis sería más elevada.

Tabla 2.4.1.2.- Distribución del grupo de cáncer bajo tratamiento según el diagnóstico referido por la propia paciente

DIAGNOSTICO	No. SUJETOS	No. SUJETOS
cáncer de mama	27	18
_____	_____	_____
tumor canceroso		
maligno	18	12
_____	_____	_____
pecho operado	95	63.33
_____	_____	_____
un bulto	10	6.67
_____	_____	_____
TOTAL	150	100
	_____	_____

Tabla 2.4.3.- Distribución por estado civil y nº de hijos de los distintos grupos que componen nuestra muestra.

Estado civil	Nº hijos	Ca			Co			N			Q			B			C			S			A		P			
		Nº	%	TOTAL	Nº	%	TOTAL	Nº	%	TOTAL	Nº	%	TOTAL	Nº	%	TOTAL	Nº	%	TOTAL	Nº	%	TOTAL	Nº	%	TOTAL	Nº	%	
C	0	14	10.77		5	4.24		2	8.33		2	10		4	9.09			2	4.26		1	5		3	4.48			
	1	14	10.77		9	7.63		4	16.67		2	10		6	13.64			12	25.63		4	20		16	23.88			
	2	56	43.08	86.67%	44	37	75.33%	11	45.83	72.73%	7	35	86.96%	18	40.91	78.57%	8	47.06	77.27%	21	44.68	75.81%	10	50	86.96%	31	46.27	78.82%
	3	29	22.31		30	25.42		4	16.67		8	40		12	27.27		4	23.53		10	21.28		3	15		13	14.40	
	4	9	6.92		16	15.56		2	8.33					2	4.55		4	23.53		2	4.26		1	5		3	4.48	
	5	3	3.85		4	3.39											5	29.41					1	5		1	1.49	
	6	5	4.62		4	3.39																						
	7			130		113		24		1	5	20	1	2.27	44		17		47		20					67		
V	0				1	4																						
	1	1	7.69	8.67%	3	12	16.67%									3	60	7.14%										
	2	6	46.15		6	24		2	66.67	9.09%			4	50		1	20											
	3	4	30.77		11	44		1	33.33		1	100		2	50		1	20		1	100				1	100		
	4	1	7.69		1	4																						
	5				2	8				3									5									
	6			13		25		3		1		1		4				5		1		0				1		
S	0	6	100	6 - 4%	10	90.91	11-7.33%	5	100	5-15.15%	2	100	2-8.70%	7	100	7-12.50%		0 - 0%	13	92.85	14-22.55%	2	100	2-8.70%	15	93.75	16-18.82%	
	1				1	9.09												0		1	7.15				1	7.25		
D	1																				1	100		1	100			
	2																											
	3																											
	4				1	100																						
	5							1	100					1	100													

1.60

V

S

D

B) MUJERES SIN PATOLOGIA ORGANICA CONOCIDA

Este grupo, integrado por 150 mujeres que no padecían, en principio, ningún tipo de enfermedad, trató de equipararse en la medida de lo posible al grupo de pacientes previo. Así, la procedencia geográfica es también fundamentalmente, de la Comunidad Valenciana. Se consiguió una distribución de edad igual a la anterior, i-e, el mismo número de casos por cada periodo de cinco años de edad (tabla 2.4.1). El estado civil refleja también su semejanza con el grupo anterior: 75.33% están casadas (en su mayoría 62.42%, con dos o tres hijos), 7.33% solteras, 16.67% viudas (también en su mayoría, 68%, con dos o tres hijos), y 0.67% divorciadas (tabla 2.4.3). Así mismo, por otra parte, la mayor proporción de mujeres trabaja en el hogar (85.33%) (tabla 2.4.2).

C) GRUPO PREDIAGNOSTICO

Son 163 las mujeres que se incluyen en este grupo; aunque hay que considerar que tomado en conjunto no tiene ninguna validez puesto que hemos de atender a los diferentes subgrupos que lo integran en función del diagnóstico médico recibido.

Tenemos tres grandes grupos que pueden desdoblarse a su vez en cinco:

a) DIAGNOSTICO BENIGNO

Son 56 en total las mujeres que recibieron un diagnóstico de benignidad. Se divide a su vez este grupo en dos: mujeres a quienes se les diagnosticó un quiste (N= 23) y mujeres a quienes se les diagnosticó un nódulo sólido (N= 33).

La media de edad de este grupo es de 41.20 con una D.S. de 10.77. En el grupo de nódulo es de 38.18 con una D.S. de 11.42 y en el de quiste de 45.62 con una D.S. de 8.20. Aquí queda reflejada también otra de las diferencias existentes entre uno y otro tipo de tumor: la edad de incidencia, que en el caso del nódulo se situaría fundamentalmente entre 20 y 40 años, mientras que en el caso del quiste sería entre 30 y 50.

También presentamos la distribución por intervalos de edad de 5 años (tabla 2.4.1).

En este grupo de benignidad, el 78.57% de las mujeres están casadas (72.73% en el grupo de nódulo y 86.96% en el de quiste), en su mayoría con 2 ó 3 hijos (68.18%), el 7.14% viudas (9.09% en el grupo de nódulo y 4.35% en el de quiste), todas con dos o tres hijos, el 12.5% solteras (15.15% y 8.70% respectivamente) y el 1.79% divorciadas (perteneciendo al grupo de nódulo) (tabla 2.4.3).

La mayor parte de mujeres se dedica al hogar (60.71%; 66.67% en el grupo de nódulo y 52.17% en el de quiste) (tabla 2.4.2).

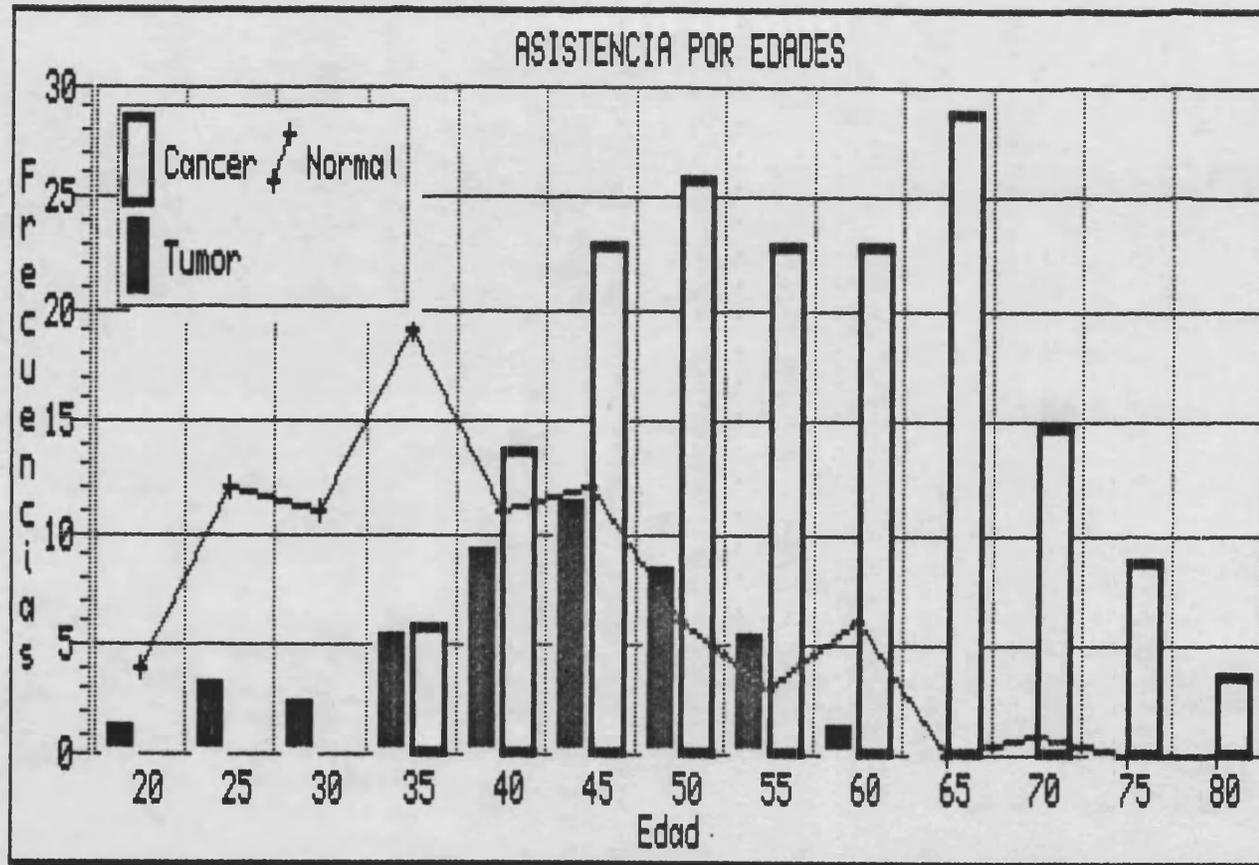
b) DIAGNOSTICO DE CANCER

Componen este grupo 22 mujeres que posteriormente recibieron un diagnóstico de cáncer. La distribución por estado civil es como sigue: un 77.27% están casadas (en su mayoría con dos hijos (47.06%), y un 22.73% están viudas (en su mayoría, 60%, con un hijo) (tabla 2.4.3). También en este caso, como en los anteriores la ocupación más numerosa es la del hogar (77.27%) (tabla 2.4.2). La media de edad es de 59.82 con una desviación típica de 10.9 (tabla 2.4.1), donde también figura la distribución por intervalos de edad).

c) DIAGNOSTICO:AUSENCIA DE PATOLOGIA MAMARIA

Son 85 las mujeres incluidas en este grupo, que, como ya indicamos, se divide en dos: el grupo que refería "bulto" pero que no le fue diagnosticado ni radiológicamente ni por palpación (N=62) y el grupo asintomático, i-e, aquellas que aducían un motivo que conllevaba una cierta urgencia en su visita (N=23).

La media de edad en este grupo es de 36.51 (36.05 para las sintomáticas y 37.74 para las asintomáticas) con una D.S. de 11.15 (11.58 y 10.04, respectivamente (tabla 2.4.1). Siguiendo la línea previa, la ocupación más numerosa es la referida como S.l. (sus labores): 61.18% (62.90% en el grupo con sintomatología y 56.52% en el grupo asintomático) (tabla 2.4.2).



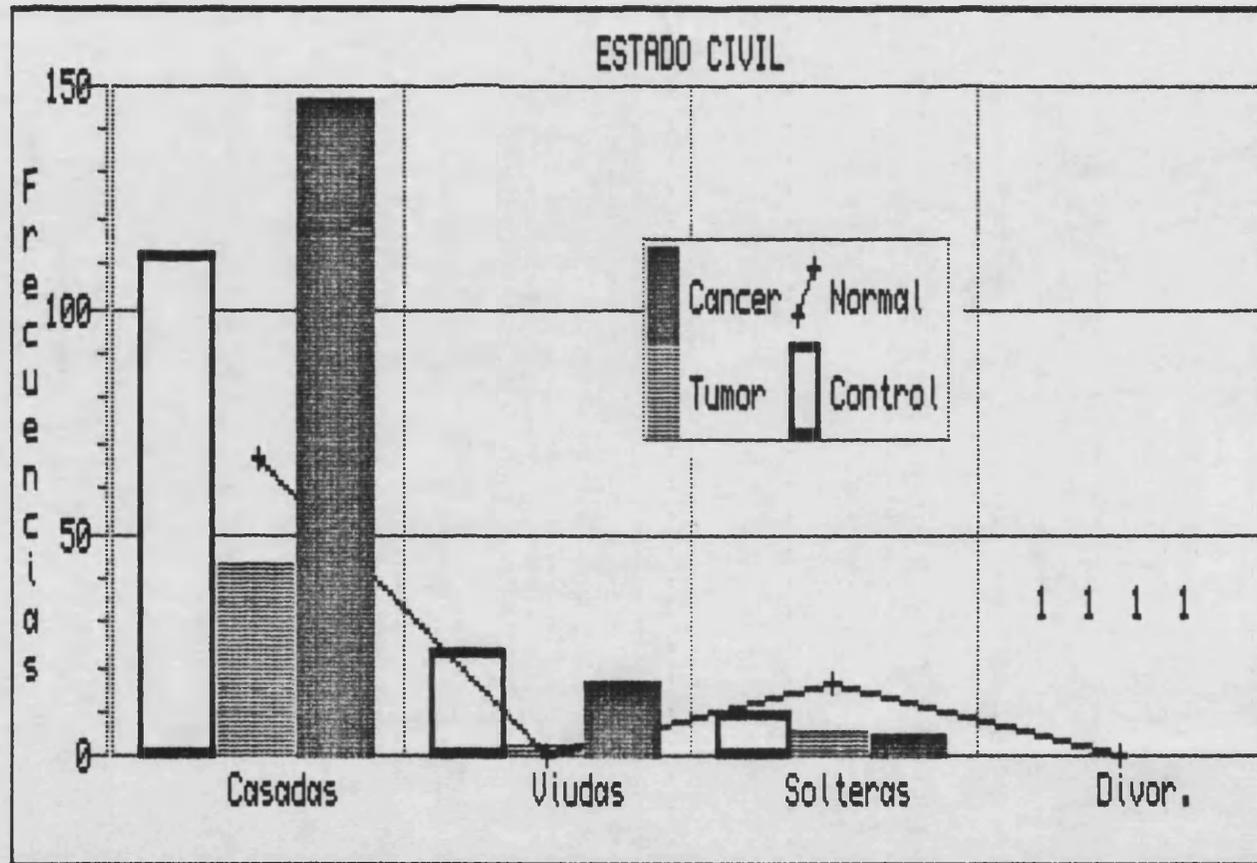
NOTA: El número de sujetos en cada uno de los grupos es: Cáncer: 172; Tumor: 56 y Normal: 85.



La distribución en porcentajes del estado civil es como sigue: 78.82% casadas (75.81% y 86.96% respectivamente), 1.18% viudas (1.61% y 0%), 18.82% solteras (22.58% y 8.70% en uno y otro grupo) y 1.18% divorciadas (0% en el grupo sintomático y 4.35% en el asintomático) (tabla 2.4.3).

Antes de concluir con este apartado, queremos comentar una serie de gráficas que nos pareció interesante realizar para resaltar algunas de las características de nuestra muestra. En dichas gráficas, la distribución de los grupos es la siguiente: cáncer = cáncer pre-diagnóstico y cáncer bajo tratamiento, tumor = diagnóstico benigno (N+Q), normal = ausencia de patología mamaria (S+A) y control = mujeres sin patología orgánica conocida.

La gráfica 1 presenta la asistencia por edades, en ella queda excluido el grupo control por cuanto en éste no se da la asistencia a un centro médico para revisión de la mama. Observando dicha gráfica se aprecia claramente un cambio en la edad de 40 años: por debajo de dicha edad, es mayor el número de mujeres que acuden a revisión y no presentan ninguna patología que el número de mujeres diagnosticadas de tumor, ya sea benigno o maligno. Por encima de dicha edad, se produce un descenso de las primeras y un aumento de aquellas con cáncer. Evidentemente, es cierto que la incidencia de patología maligna comienza, sobre todo, a partir de los 40 años, pero también podría pensarse, ante las distribuciones aparecidas, que la preocupación por la mama sin un motivo claro se produce en una edad joven (teniendo el punto álgido a los 35 años) y va disminuyendo hasta ser prácticamente nula a partir de los 65 años.



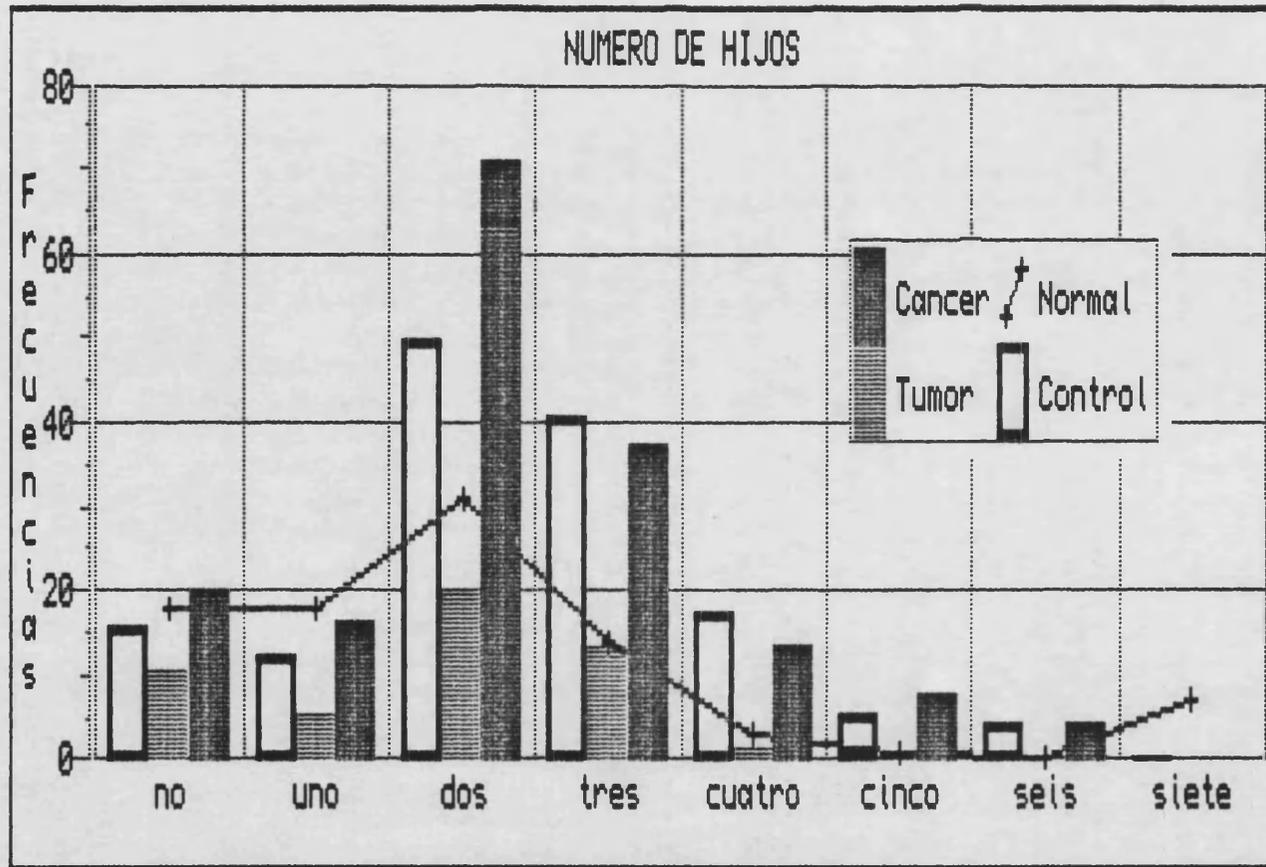
NOTA: El número de sujetos en cada uno de los grupos es: Cáncer: 172; Tumor: 56; Normal: 85 y Control: 150.

Por otra parte, también es interesante observar en dicha gráfica el hecho de que la distribución del grupo de cáncer presenta dos puntos importantes: a los 45-50 años y a los 65; por debajo y por encima de tal edad, decrece el número de frecuencias bruscamente. Esto podría estar relacionado con dos tipos diferentes de tumor: las hormonodependientes (en las mujeres pre-menopáusicas) y las no hormonodependientes (en las mujeres menopáusicas). Esta ser una cuestión susceptible de estudio.

En la gráfica 2, se presenta la cuestión del estado civil. Como vemos, incluso en relación con el grupo control, el número de casadas en el grupo de cáncer es mayor. Parece pues, que la hipótesis muchas veces planteada de que el cáncer era más frecuente en las viudas o divorciadas porque habían sufrido un acontecimiento vital amenazante referido a una pérdida afectiva inmediata como es la pareja; no se comprueba en nuestros datos.

En cuanto a la cuestión del número de hijos (gráfica 3), en relación con la cual se ha planteado muchas veces el problema de que la no lactancia se relaciona con la aparición de cáncer de mama en la mujer, vemos que lo más frecuente en nuestra muestra es que tengan dos hijos, superando bastante al grupo control, en el resto de casos son bastante equiparables. Por otro lado, el grupo normal, i-e, benigno, parece el "más predispuesto" a tener 7 hijos. En genral, lo que también se observa en la gráfica es la moda en nuestro país de "la parejita".

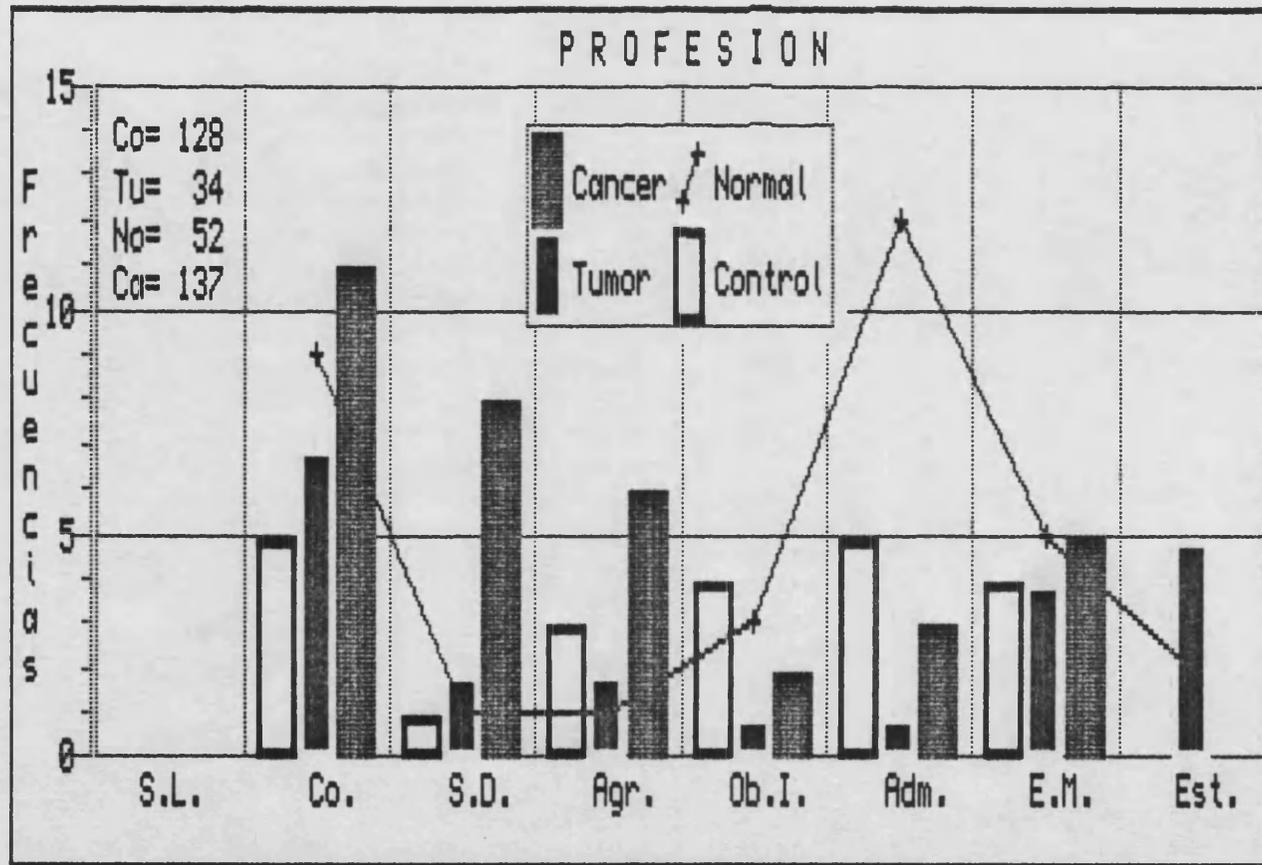
En la gráfica 4 se contempla la distribución por profesiones; como ya mencionamos, la más numerosa es la del



NOTA: El número de sujetos en cada uno de los grupos es: Cáncer: 172; Tumor: 56; Normal: 85 y Control: 150.

hogar en todos los grupos. Por otro lado, algo que resulta llamativo es que el grupo preocupado por su mama sin una "realidad objetiva" (normal) alcanza sus máximas cotas en las profesiones de comercio y administración, aquellas, según nuestro parecer, donde la relación social y en concreto, con el sexo femenino puede ser mayor. Podría tratarse pues, de un "contagio social" de la preocupación.

107



NOTA: El número de sujetos en cada uno de los grupos es: Cáncer: 172, Tumor: 56; Normal: 85 y Control: 150.

2.5.- ANALISIS REALIZADOS

Se llevaron a cabo los siguientes tipos de análisis: análisis correlacional, análisis factorial, análisis de diferencias entre medias y análisis discriminante.

En primer lugar, tras la corrección del cuestionario en el grupo de pacientes con cáncer de mama que se hallaba en tratamiento, se llevó a cabo el análisis correlacional (r de PEARSON) de cada uno de los items del instrumento con la puntuación total obtenida en el mismo. Suponía esto una segunda selección de items, puesto que sólo iban a ser utilizados para la realización del Análisis Factorial, aquellos con una correlación significativa con dicha puntuación.

Un paso posterior fue, pues, la realización del Análisis Factorial de Componentes Principales sobre aquellos items seleccionados, así como la aplicación de la rotación Varimax. Llevamos a cabo el cálculo de la fiabilidad de los mismos utilizando el estadístico: alpha de Cronbach.

Una vez obtenidos los principales factores de que se componía el cuestionario, se realizó la corrección del instrumento en todos los grupos (incluyendo de nuevo el grupo de pacientes), sobre los factores resultantes.

Se realizaron, a partir de esos datos, los cálculos correspondientes a las medidas de tendencia central (medias y desviaciones típicas). Diferenciamos dos momentos: aquel donde los cálculos se realizaron respetando el grupo original y aquél donde se aplicó un criterio corrector de la

variable edad, para conseguir una mayor homogeneización de los grupos entre sí, atendiendo a esta variable.

Los análisis de diferencias de medias fueron realizados utilizando la prueba t de STUDENT, por ser la que mejor se adecuaba a nuestros datos, ya que nuestros sujetos no fueron asignados al azar a las distintas condiciones de la variable independiente. Aquí el estadístico también se aplicó en dos momentos: sin tener en cuenta la edad e intentando la homogeneización respecto a la misma.

Por último, llevamos a cabo el análisis discriminante entre los distintos grupos, utilizando diferentes combinaciones de los mismos.

3.1.- ANALISIS CORRELACIONAL Y ANALISIS FACTORIAL

A) ANALISIS CORRELACIONAL

Como indicamos, lo primero tras la corrección del instrumento, en el grupo de pacientes con cáncer de mama (N=150), fue calcular la correlación de cada uno de los items con la puntuación total.

El paquete estadístico utilizado fue el SPSS-X (Statistical Package for the Social Sciences, 1986).

El cuadro 3.1.1 muestra los resultados obtenidos. Nuestra pretensión con este análisis era una "segunda depuración" de los items que compondrían el cuestionario definitivo, seleccionamos con tal fin, sólo aquellos que presentaban una correlación significativa al uno por mil ($p=0.001$).

Como se puede apreciar claramente en dicho cuadro, todas las correlaciones que alcanzaron la significación estadística son positivas. Desde esto, ya podemos preveer que la factorización del cuestionario no dará lugar a factores bipolares.

El instrumento inicial quedó así reducido de 118 variables a 61 que son las que se indican a continuación:

No. item

- 1 El interés que siento por la gente y las distracciones tiende a cambiar con facilidad

Cuadro 3.1.1.- Correlaciones obtenidas entre los distintos items del cuestionario y la puntuación total del mismo (N = 150).

Item nº	Correlación de Pearson	Nivel de significación
1	.27	.001
2	.12	.138
3	.15	.070
4	.09	.262
5	.29	.000
6	.02	.790
7	.30	.000
8	-.01	.919
9	.58	.000
10	.42	.000
11	.45	.000
12	-.04	.640
13	.18	.026
14	.19	.020
15	.13	.109
16	.24	.003
17	.24	.004
18	.35	.000
19	.07	.374
20	.28	.001
21	.26	.001
22	.22	.006
23	.57	.000
24	.39	.000
25	.18	.028
26	-.11	.169
27	.09	.265
28	-.01	.873
29	.08	.362
30	.40	.000
31	.36	.000
32	-.03	.724
33	.20	.014
34	.43	.000
35	.35	.000
36	.12	.162
37	.21	.009
38	.38	.000
39	.29	.000
40	.25	.002
41	.24	.003
42	.26	.002
43	.20	.012
44	.09	.267
45	.09	.279
46	.40	.000
47	.17	.033
48	.43	.000
49	.10	.249
50	.06	.470

.../...

51	.36	.000
52	.33	.000
53	.22	.007
54	.42	.000
55	.42	.000
56	.42	.000
57	.34	.000
58	.35	.000
59	.02	.813
60	.29	.000
61	.49	.000
62	.29	.000
63	.03	.703
64	.23	.004
65	.26	.001
66	.32	.000
67	.19	.021
68	.40	.000
69	.49	.000
70	.20	.013
71	.10	.237
72	.25	.002
73	.31	.000
74	.08	.324
75	.26	.001
76	.19	.021
77	.36	.000
78	.18	.027
79	.29	.000
80	.42	.000
81	.29	.000
82	.37	.000
83	.14	.084
84	.06	.465
85	.27	.001
86	.35	.000
87	.01	.865
88	.04	.658
89	.06	.463
90	.32	.000
91	.37	.000
92	.36	.000
93	.22	.008
94	.42	.000
95	.50	.000
96	.10	.208
97	.30	.000
98	.32	.000
99	.09	.272
100	.37	.000
101	-.04	.666
102	.31	.000
103	.23	.004
104	.38	.000
105	.24	.003
106	.40	.000
107	.47	.000
108	.45	.000
109	.33	.000

.../...

110	.25	.002
111	.50	.000
112	.56	.000
113	.04	.599
114	.37	.000
115	.23	.005
116	.41	.000
117	.22	.008
118	.38	.000

- 5 Me siento cansada buena parte del tiempo
- 7 Cuando siento una ansiedad moderada, mi pensamiento va más rápido
- 9 Si no me ayuda alguien, estoy perdida
- 10 Después de haber hecho algo importante, pienso que podría haberlo realizado mejor
- 11 Cuando las cosas me van mal, me entran ganas de llorar
- 18 Mi sensación de desamparo es espantosa
- 20 Opino que es importante tener placer, hacer las cosas que me gustan o me agradan
- 21 En cuanto entro en una sala en donde se va a hacer una prueba (o de una situación comprometida) me siento nerviosa. Cuando la comienzo a realizar o empieza la situación, desaparece mi nerviosismo
- 23 Me irrito más que antes
- 24 Cambio de aficiones con facilidad
- 30 Me gustaría ser tan feliz como parecen ser los demás
- 31 Tengo tendencia a pasar de una actividad a otra constantemente

- 34 Siento como si tuviera una venda puesta fuertemente
alrededor de mi cabeza
- 35 Sueño despierta
- 38 Desgasto más energía que la mayor parte de la gente
cuando hago cualquier cosa, porque la hago en
tensión
- 39 Incluso cuando estoy con gente me siento sola la
mayor parte del tiempo
- 46 Tengo pesadillas
- 48 Necesito las ideas de buenos amigos para comprender
correctamente mis problemas
- 51 Me sentiría muy desdichada si no pudiera ver a
muchoa gente
- 52 Cuando era pequeña tenía miedo a la oscuridad
- 54 Hay ocasiones en que lo único que me apetece es
estar sola y que me dejen en paz
- 55 Me aturdo fácilmente
- 56 Soy una persona irritable
- 57 Me cuesta llevar sola mi vida
- 58 Mi apariencia física ha empeorado

- 60 Creo que es importante tener una vida cómoda
(apacible, sin problemas económicos)
- 61 Me siento inquieta como si deseara alguna cosa, sin
saber cuál
- 62 Verdaderamente, me siento una inútil
- 65 Cuando tengo que hacer algo, lo hago como si
estuviera en juego mi propio prestigio
- 66 Soy tímida con las personas del otro sexo
- 68 He perdido o desaprovechado cosas por no saberme
decidir a tiempo
- 69 En situaciones críticas necesito el consejo de los
demás
- 73 Pienso que no valgo nada
- 75 He adelgazado
- 77 Estoy tan desamparada como un niño
- 79 Hay cosas en que debo dejarme aconsejar primero por
otros
- 80 Temo cometer errores o sufrir accidentes
- 81 Empiezo cosas que después no termino
- 82 Me irrito con facilidad

- 85 Dependo de la ayuda de los demás
- 86 Me duele mucho que me traten secamente
- 90 Sin el consejo de los demás no sé lo que debo hacer
- 91 Cruzo la calle para no encontrarme con ciertas personas
- 92 La gente me dice que se notan mis emociones en mi voz y en mis gestos
- 94 Cuando ya ha pasado el momento, se me ocurre lo que debería haber hecho
- 95 Tengo momentos de abatimiento
- 97 Me siento una fracasada cuando me hablan del éxito de alguien que conozco bien
- 98 La mayoría de la gente es un poco extravagante aunque no quiera reconocerlo
- 100 Necesito los consejos de los demás
- 102 Cuando alguien me grita, respondo también gritando
- 104 Me siento impotente para afrontar la vida
- 106 La mayor parte del tiempo me parece tener un nudo en la garganta
- 107 Ante mis problemas, estoy totalmente desconcertada

- 108 He tenido periodos de días, semanas o meses en los que no podía preocuparme por las cosas porque no tenía ánimos para nada
- 109 No sabía como seguir viviendo sin la ayuda de los demás
- 111 Me disgusta con facilidad
- 112 Me parece que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo vencerlas
- 114 Siento ansiedad a causa de algo o de alguien
- 116 Mis proyectos me parecen tan llenos de dificultades que tengo que abandonarlos
- 118 Necesito amigos que me comprendan y alienten
-

Las escalas originales de las que fueron tomados los items para nuestro instrumento, quedan representadas en el siguiente orden (cuadro 3.1.2) de mayor a menor No. de items presentes en el conjunto final: Escala de Represión-Sensibilización (R-S), Escala de Desamparo-Desconcierto (D-D), Inventario de Personalidad de EYSENK (EPI), Escala de Ansiedad IPAT, Cuestionario de Personalidad CEP, Cuestionario de Motivación y Ansiedad de Ejecución (MAE), y Cuestionario de Depresión (IDB), Escala de Valores y Cuestionario de Ansiedad (STAI) y Escala de Impotencia.

No quedan pues representadas: la Escala de Depresión de ZUNG, la Escala de Autocontrol y la Escala de Locus de Control.

Cuadro 3.1.2.- Proporción de ítems de las distintas escalas que permanecen en el cuestionario definitivo

Escala	No. ítem
R-S	16
D-D	12
EPI	8
IPAT	7
CEP	6
MAE	4
IDB	4
Val.	2
STAI	1
I	1
IDZ	0
AC	0
LC	0

Atendiendo a las áreas de estudio que en un principio se intentaba abarcar, tendríamos lo siguiente: 14

items corresponden a Variables Básicas de Personalidad, 4 a Variables Motivacionales, 2 a Variables Psicosociales, 12 a Variables Psicopatológicas y 29 a Variables de Vulnerabilidad y Afrontamiento del Stress.

Sólo mencionar, por último, que el ítem 2 del Cuestionario de Valores ("Para mí es importante tener una vida excitante (estimulante, activa)" que, recordemos, era el que caracterizaba al grupo de "control", no al de pacientes de cáncer y que fue incluido a modo de curiosidad para ver si se mantenían resultados consistentes, no sólo no fue seleccionado para el conjunto final sino que apareció como uno de los pocos que no presentaron una correlación significativa con la puntuación total ($r = 0.09$, $p = 0.27$).

B) ANALISIS FACTORIAL

El paso siguiente (como ya mencionamos), una vez seleccionados los ítems definitivos, fue el análisis factorial.

Se realizó el Análisis Factorial de Componentes Principales con la correspondiente rotación Varimax. El paquete estadístico utilizado fue, como en el caso anterior, el SPSS-X (Statistical Package for the Social Sciences, 1986). En el programa se pidió que fuesen extraídos un máximo de cinco factores. Escogimos este número concreto porque en principio, correspondía al número de áreas muestreadas por nosotros.

Cuadro 3.1.2.1.- Matriz factorial Rotada (Varimax Sobre Componentes Principales) obtenidos a partir del grupo de pacientes de -
cáncer de mama bajo tratamiento poliquimioterapéutico -
(N = 150).

VARIABLE	F I	F II	F III	F IV	F V	h ²
1	.01	.58	.05	.07	.07	.32
5	.09	.06	.50	.14	.03	.28
7	-.00	.13	.15	.35	.20	.20
9	.58	.22	.20	.32	.03	.52
10	.32	-.08	.43	.03	.27	.37
11	.27	-.05	.59	.20	.27	.53
18	.11	.30	.51	-.03	-.06	.37
20	.04	-.06	.11	.09	.52	.30
21	.09	.24	-.16	-.04	.51	.36
23	.20	.30	.34	.28	.32	.42
24	.11	.58	.09	.02	.08	.36
30	.27	.16	-.00	.13	.39	.26
31	.10	.36	-.01	.27	.04	.21
34	.36	.30	.25	.26	-.25	.42
35	-.05	.45	.15	.28	.07	.31
38	.02	.39	.22	.30	.09	.30
39	-.12	.61	.22	.16	-.17	.49
46	.11	.12	.49	.23	.09	.33
48	.55	.18	.05	-.04	.28	.42
51	.43	.04	.13	-.01	.21	.25
52	-.02	.33	.04	.21	.19	.19
54	.07	.26	.00	.43	.16	.28
55	.12	.30	.37	.21	.13	.30
56	.04	.16	.12	.78	.01	.65
57	.42	.32	.09	.21	-.22	.38
58	.07	.20	.59	-.04	.18	.42
60	-.03	-.00	-.03	.10	.55	.32
61	.16	.47	.21	.24	.12	.36
62	.09	.23	.44	.05	-.23	.31
65	.11	-.02	-.02	-.01	.51	.27
66	-.08	.25	.23	.03	.33	.23
68	.10	.25	.19	.32	.17	.23
69	.56	.16	.31	-.13	.12	.47
73	.01	.42	.55	-.09	-.16	.51
75	.19	.26	.03	-.08	.15	.13
77	.11	.45	.37	.14	-.24	.43
79	.47	.02	.11	-.07	.15	.26
80	.35	.14	.22	-.03	.29	.27
81	.03	.33	.34	.16	-.15	.27
82	.07	.14	.17	.77	-.13	.66
85	.51	.18	-.09	.22	.25	.41
86	.13	.02	.17	.07	.51	.32
90	.70	.16	-.04	-.06	-.10	.53
91	.16	.44	.01	.31	.05	.32

.../...

92	.17	.46	-.02	-.06	.16	.27
94	.07	.11	.35	.27	.21	.25
95	.18	-.08	.62	.46	.11	.64
97	.13	.35	.09	.23	-.00	.20
98	.08	.06	-.02	.40	.34	.29
100	.61	-.09	.18	.11	.13	.44
102	-.14	.16	.06	.67	.04	.49
104	.24	.27	.29	.12	-.03	.23
106	.23	.28	.35	.33	-.11	.37
107	.50	.04	.29	.34	-.01	.44
108	.36	.01	.43	.36	.06	.45
109	.62	.00	.08	.07	.02	.40
111	.15	.16	.24	.65	.01	.53
112	.40	.20	.39	.38	-.06	.49
114	.08	.40	.26	.10	.01	.24
116	.18	.47	.18	.22	-.07	.34
118	.58	.05	.05	.09	.13	.36
V.P.	11.41	3.53	2.72	2.26	2.05	
%V.T.	18.7	5.8	4.5	3.7	3.4	
%V.R.	52%	16%	13%	10%	9%	

NOTA.- h^2 =comunalidad, V.P. = Valor propio, %V.T. = Porcentaje de varianza total explicada por el factor, %V.R. = Porcentaje de varianza rota-da.

Los 5 factores arrojados explican el 36% de la varianza total observada; el valor propio de todos ellos es superior a 2. Para que un ítem fuese seleccionado como representativo de uno de estos cinco factores, se exigió que cumpliera las siguientes condiciones: (a) saturación igual o mayor a .35 en un factor, y (b) no presentar una saturación de cuantía similar en ninguno de los factores restantes. La matriz factorial rotada (5 factores) con expresión de la comunalidad, valor propio de cada factor, porcentaje de varianza total y porcentaje de varianza explicada por la rotación, se presentan en el cuadro 3.1.2.1.

El primer factor posee un valor propio de 11.41, explicando un 18.7% de la varianza total y un 52% de la varianza rotada. Se halla compuesto por 14 ítems, cuyas expresiones y saturaciones correspondientes se encuentran en el cuadro 3.1.2.2. En este factor, la totalidad de los ítems a excepción de dos (números 34 y 84) que presentan además las saturaciones más bajas, hacen referencia a la necesidad de los otros, de los demás. Sin titubeos pues, lo hemos calificado como DEPENDENCIA. Este factor estaría relacionado, o en línea con el factor de susceptibilidad interpersonal del SCL-90 de DEROGATIS (1976), así como con los resultados del estudio de ABELOFF y DEROGATIS (1977) ya citado.

El segundo factor posee un valor propio de 3.53, explicando un 5.8% de la varianza total y un 16% de la varianza rotada. Aparece compuesto por 12 ítems cuyas expresiones y saturaciones aparecen en el cuadro 3.1.2.3. Los ítems con mayor saturación reflejan una gran variabilidad o inestabilidad tanto en relación con las personas como con los actos y preferencias. Bautizamos pues,

Cuadro 3.1.2.2.- Items, Saturación, Valor propio, Porcentaje de Varianza total y Porcentaje de Varianza extraída por la rotación correspondiente al factor I (Dependencia) (N = 150).

<u>FACTOR I</u>	
Item n°	Saturación
9.- "Si no me ayuda alguien estoy perdida".	.58
34.- "Siento como si tuviera una venda puesta fuertemente alrededor de mi cabeza".	.36
48.- "Necesito las ideas de buenos amigos para comprender correctamente mis problemas".	.55
51.- "Me sentiría muy desdichada si no pudiera ver a mucha gente".	.43
57.- "Me cuesta llevar sola mi vida".	.42
69.- "En situaciones críticas, necesito el consejo de los demás".	.56
79.- "Hay cosas en que debo dejarme aconsejar primero por otros".	.47
80.- "Temo cometer errores o sufrir accidentes".	.35
85.- "Dependo de la ayuda de los demás".	.51
90.- "Sin el consejo de los demás no sé lo que debo hacer".	.70
100.- "Necesito los consejos de los demás".	.71
107.- "Ante mis problemas estoy totalmente desconcertada".	.50
109.- "No sabría cómo seguir viviendo sin la ayuda de los demás".	.62
118.- "Necesito amigos que me comprendan y alientes".	.58
	V.P. 11.41
	%V.T. 18.7
	%V.R. 52

NOTA: V.P. = Valor propio; %V.T. = Porcentaje de Varianza total explicada por el factor y %V.R. = Porcentaje de Varianza rotada.

Cuadro 3.1.2.3.- Items, Saturación, Valor propio, Porcentaje de Varianza total y Porcentaje de Varianza extraída por la rotación correspondiente al factor II (Inestabilidad) (N = 150).

<u>FACTOR II</u>	
Item nº	Saturación
1.- "El interés que siento por la gente y las distracciones tiende a cambiar con facilidad".	.56
24.- "Cambio de aficiones con facilidad".	.58
31.- "Tengo tendencia a pasar de una actividad a otra - constantemente".	.36
35.- "Sueño despierta".	.45
38.- "Desgaste más energía que la mayor parte de la gente cuando hago cualquier cosa porque la hago en tensión".	.39
39.- "Incluso cuando estoy con gente, me siento sola la mayor parte del tiempo".	.61
61.- "Me siento inquieta como si deseara alguna cosa sin saber cuál".	.47
91.- "Cruzo la calle para no encontrarme con ciertas personas".	.44
92.- "La gente me dice que se notan mis emociones en mi voz y en mis gestos".	.46
97.- "Me siento una fracasada cuando me hablan del éxito de alguien que conozco bien".	.35
114.- "Siento ansiedad a causa de algo o alguien".	.40
116.- "Mis proyectos me parecen tan llenos de dificultades que tengo que abandonarlos".	.47
	V.P. 3.53
	%V.T. 5.8
	%V.R. 16

NOTA: V.P. = Valor propio; %V.T. = Porcentaje de Varianza total explicada por el factor y %V.R. = Porcentaje de Varianza rotada.

a este factor, con el nombre de INESTABILIDAD. Si bien se indica en la bibliografía un mayor control emocional en las pacientes con cáncer de mama (EYSENCK, 1983; PETTINGALE et al. 1984; WATSON et al. 1984), también se menciona (PETTINGALES et al. 1984) que el grupo de cáncer de mama parece más inclinado hacia la labilidad emocional, aunque presenta una apariencia controlada. El factor de inestabilidad parecería relacionarse con este punto.

El tercero de los factores que componen la matriz factorial presenta un valor propio de 2.72 y explica el 4.5% de la varianza total y el 13% de la varianza rotada. Lo componen 10 items cuyas expresiones y saturaciones se presentan en el cuadro 3.1.2.4. Estos items reflejan congoja, tristeza y una visión negativa del presente y de uno mismo. En definitiva pues, aunque no aparece la visión negativa del futuro (el tercer elemento de la tríada cognitiva de la depresión) hemos decidido definirlo como un factor de DEPRESION, aunque teniendo presente siempre la ausencia de uno de los elementos característicos de la misma. La "respuesta normal" al cáncer queda así reflejada en este factor; se considera que la depresión es la respuesta que se produce una vez que el sujeto es consciente de la imposibilidad de luchar contra la existencia de un evento amenazante (MORRIS, 1979). Si recordamos los cuestionarios mencionados previamente, vemos que aparecía como un factor en el SCL-90 y en el HAD.

El cuarto factor (cuadro 3.1.2.5.) posee un valor propio de 2.26 y explica un 3.7% de la varianza total y un 10% de la varianza rotada. Son 7 los items que integran este factor, indicando prácticamente todos ellos que el aspecto común es la irritabilidad. Esta ha sido pues, la

Cuadro 3.1.2.4.- Items, Saturación, Valor propio, Porcentaje de Varianza total y Porcentaje de Varianza extraída por la rotación correspondiente al factor III (Depresión) (N = 150).

FACTOR III

Item nº	Saturación
5.- "Me siento cansada buena parte del tiempo".	.50
10.- "Después de haber hecho algo importante, pienso que podría haberlo realizado mejor".	.43
11.- "Cuando las cosas me van mal, me entran ganas de llorar".	.59
18.- "Mi sesnsación de desamparo es espantosa".	.51
46.- "Tengo pesadillas".	.49
55.- "Me aturdo fácilmente".	.37
58.- "Mi apariencia física ha empeorado".	.59
62.⊕ "Verdaderamente, me siento una inútil".	.44
94.- "Cuando ya ha pasado el momento, se me ocurre lo que debería haber hecho".	.35
106.- "La mayor parte del tiempo me parece tener un <u>nu</u> do en la garganta".	.35
	V.P. 2.72
	%V.T. 4.5
	%V.R. 13

NOTA: V.P. = Valor propio; %V.T. = Porcentaje de varianza total explicada por el factor y %V.R. = Porcentaje de Varianza rotada.

Cuadro 3.1.2.5.- Items, Saturación, Valor propio, Porcentaje de Varianza total y Porcentaje de Varianza extraída por la rotación correspondiente al factor IV (Irritabilidad) (N = 150).

FACTOR IV

Item nº	Saturación
7.- "Cuando siento una ansiedad moderada, mi pensamiento va más rápido"	.35
54.- "Hay ocasiones en que lo único que me apetece es - estar sola y que me dejen en paz".	.43
56.- "Soy una persona irritable"	.78
82.- "Me irrito con facilidad".	.77
98.- "La mayoría de la gente es un poco extravagante, - aunque no quiera reconocerlo".	.40
102.- "Cuando alguien me grita, respondo también gritando".	.67
111.- "Me disgusta con facilidad".	.65
	V.P. 2.26
	%V.T. 3.7
	%V.R. 10

NOTA: V.P. = Valor propio; %V.T. = Porcentaje de Varianza total explicada por el factor y %V.R. = Porcentaje de Varianza rotada.

nomenclatura utilizada para este factor: IRRITABILIDAD. También, en línea con este factor se encuentran los estudios de GREER (1979), MORRIS et al. (1981), PETTINGALE et al. (1984), etc. que muestran la asociación entre un diagnóstico de cáncer de mama y la supresión de la ira, aunque en nuestro caso la direccionalidad del factor es la contraria.

El quinto y último factor posee un valor propio de 2.05, explicando el 3.4% de la varianza total y el 9% de la varianza explicada por la rotación. Son 6 los items que componen este factor (cuadro 3.1.2.6.). Los 2 items que presentan las saturaciones más altas en este factor, son los correspondientes a la escala de valores, se añade además otro item que expresa claramente un deseo (item 30). Los tres restantes parecen reflejar, de algún modo, expectativas con respecto a la acción o a los demás. En resumen, el hilo conductor de este factor nos ha parecido una cierta expresión de deseos, así lo hemos denominado PENSAMIENTO DESIDERATIVO. Este es el único factor que no presenta un correlato más o menos evidente en la bibliografía, aunque tampoco ha sido, el esquema de valores o preferencias de los pacientes con cáncer, un elemento considerado en los trabajos revisados por nosotros.

Del conjunto inicial de 61 items, son 12 aquellos que no se incluyen en ninguno de los factores previos; nosotros los hemos agrupado bajo el nombre de MISCELANEA puesto que no definían un factor en la solución factorial obtenida por nosotros. Sin embargo, en su mayor parte, los items aquí incluidos parecen reflejar un cierto ánimo inestable depresivo, si atendemos a las saturaciones que presentan en el resto de factores (cuadro 3.1.2.7.).

Cuadro 3.1.2.6.- Items, Saturación, Valor propio, Porcentaje de Varianza total y Porcentaje de Varianza extraída por la rotación correspondiente al factor V (Pensamiento Desiderativo) (N = 150).

FACTOR V

Item nº	Saturación
20.- "Opino que es importante tener placer (hacer las cosas que me gustan o me agradan)".	.52
21.- "En cuanto entro en la sala en donde se va a hacer una prueba (o de una situación comprometida) me siento nerviosa. Cuando la comienzo a realizar (o empieza la situación), desaparece mi nerviosismo.	.51
30.- "Me gustaría ser tan feliz como parecen ser los demás".	.39
60.- "Creo que es importante tener una vida cómoda (apacible, sin problemas económicos)".	.55
65.- "Cuando me pongo a hacer algo, lo hago como si <u>es</u> tuviera en juego mi propio prestigio".	.51
86.- "Me duele mucho que me traten secamente".	.51
	V.P. 2.05
	%V.T. 3.4
	%V.R. 9

NOTA: V.P. = Valor propio; %V.T. = Porcentaje de Varianza total explicada por el factor y %V.R. = Porcentaje de Varianza rotada.

Cuadro 3.1.2.7.- Conjunto de los items seleccionados de la matriz correlacional y no contemplados en ningún factor.

MISCELANEA

Item nº	Saturación				
	I	II	III	IV	V
23.- "Me irrito más que antes".		.30	.34		.32
52.- "Cuando era pequeña tenía miedo a la oscuridad".		.33			
66.- "Soy tímida con las personas del otro sexo".					.33
68.- "He perdido o desaprovechado cosas por no saberme decidir a tiempo".				.32	
73.- "Pienso que no valgo nada".		.42	.55		
75.- "He adelgazado".		.26			
77.- "Estoy tan desamparada como un niño".		.45	.37		
81.- "Empiezo cosas que después no termino".		.33	.34		
95.- "Tengo momentos de abatimiento".			.62	.46	
104.- "Me siento impotente para afrontar la vida".		.27	.29		
108.- "He tenido periodos de días, semanas o meses en los que no podía preocuparme por las cosas porque no tenía ánimos para nada".	.36		.43		.36
112.- "Me parece que las dificultades se acumulan de tal modo que no puedo vencerlas".	.40		.39		.38

NOTA.- En este caso se han indicado la o las saturaciones más altas de los items en los cinco factores previos.

El gran ausente en nuestros resultados es el factor de ansiedad; si bien hay ecos ansiosos en todos los factores y en particular, en el de inestabilidad, no emerge como un factor específico. En línea con esto, en los trabajos de EYSENCK, no se muestran resultados de ansiedad, de manera específica; sin embargo, concluye sistemáticamente el autor, que los pacientes de cáncer presentan puntuaciones más bajas en neuroticismo (dimensión con una gran carga de ansiedad) que un grupo control (EISENCK, 1983; 1985). Por otro lado, puede ser que la ansiedad en el paciente con cáncer y, en concreto, en la paciente con cáncer de mama, esté asociada a aspectos concretos y por ello no aparece como un factor aislado. En particular, HEINRICH y COSCARELLI (1983) encuentran la ansiedad asociada de manera específica con "situaciones médicas/stressantes". Es probable que la ansiedad como rasgo no sea algo característico de las pacientes con cáncer de mama.

En suma, los factores resultantes de nuestro análisis indican todos la existencia de problemas psicológicos; no podemos negar que en nuestras pacientes no existan ciertos aspectos depresivos, inestables, de dependencia, etc. El problema sigue siendo si los presentan en mayor medida que en otros grupos control. Esta cuestión se tratará de dilucidar en el apartado siguiente.

C) CONSISTENCIA INTERNA

Para la muestra de factorización (N = 150)

hemos calculado el estadístico alpha de Cronbach. La información correspondiente a este apartado se encuentra recogida en el cuadro 3.1.3.

Cuadro 3.1.3.- Indices de consistencia interna (alpha de Cronbach) correspondientes a los 5 factores arrojados por la solución factorial. (N = 150). La explicación en el texto.

Factor	No items	Alpha
DEPENDENCIA	14	.84
INESTABILIDAD	12	.78
DEPRESION	10	.76
IRRITABILIDAD	7	.77
PENSAMIENTO	6	.60
DESIDERATIVO		

Como se aprecia en él, los indices de consistencia interna presentados por los distintos factores

pueden considerarse bastante satisfactorios. El factor de dependencia se sitúa a la cabeza en cuanto a consistencia, superando el .80, los tres factores siguientes (inestabilidad, depresión e irritabilidad) presentan valores muy similares (entre .75 y .80) y el quinto factor: pensamiento desiderativo ofrece un índice moderado aunque más bajo (.60).

En líneas generales, se detecta que el número de items no influye en la bondad de la consistencia interna del factor. Obsérvese, por ejemplo, el caso de los factores 2 y 4 que presentan coeficientes prácticamente iguales, estando compuesto el primero de ellos por un número de items mucho mayor que el segundo.

En suma, nos consideramos satisfechos con los índices de consistencia interna obtenidos. Todos los factores, a excepción del quinto, se encontrarían dentro de los márgenes obtenidos, utilizando también el alpha de Crombach, por DEROGATIS y MELISARATOS (1983) en las nueve dimensiones que componen el BSI (Brief Symptom Inventory). Sus valores oscilaban entre .71 y .85 y, en concreto, el factor de sensibilidad interpersonal obtenía un valor de .74 y el de depresión de .85. En nuestro caso se invierte el orden y el factor de dependencia sería más potente que el de depresión.

3.2.- ANALISIS DIFERENCIALES BIVARIADOS

Vamos a analizar las diferencias, a nivel de medias obtenidas, en los cinco factores resultantes del análisis factorial en los distintos subgrupos de nuestra muestra.

A) GRUPO DE CANCER BAJO TRATAMIENTO

En primer lugar, diferenciamos dos subgrupos en estas pacientes: aquellas que presentaban un cáncer temprano de mama (estadios I y II) y aquellas que presentaban un cáncer avanzado (estadios III y IV). Como se puede apreciar en el cuadro 3.2.1,1, ninguno de los factores presentó diferencias significativas. Por otro lado, a excepción del factor de irritabilidad, todas las demás diferencias son a favor de los estadios tempranos. La dirección parece apuntar hacia una mejor adaptación de las pacientes con estadio avanzados, aunque el valor de "t" es muy bajo en general.

Esta primera impresión de que un estadio más avanzado podía conllevar un mejor ajuste psicológico de la paciente con cáncer, nos llevó a diferenciar este grupo en los distintos estadios que lo componen; el estadio I no pudo entrar en esta comparación ya que, recordemos, lo componían cuatro sujetos únicamente. Los resultados de estas comparaciones se ofrecen en el cuadro 3.2.1.2.

La comparación entre el estadio II y el III resultó sin diferencias significativas, siendo los valores correspondientes a "t", además, muy bajos. Haciendo

Cuadro 3.2.1.1.- Medias y desviaciones estándar obtenidas en el grupo de cancer bajo tratamiento agrupando estadios I-II frente a III-IV, así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

FACTOR		I-II	III-IV	Valor t	Nivel Significación
I. Dependencia	\bar{X}	18.90	18.09	0.61	-
	D.S.	6.99	7.58		
II. Inestabilidad	\bar{X}	11.07	9.52	1.48	-
	D.S.	5.64	5.58		
III. Depresión	\bar{X}	12.83	11.41	1.48	-
	D.S.	5.28	5.13		
IV. Irritabilidad	\bar{X}	8.90	9.16	-.32	-
	D.S.	4.32	4.41		
V. Pensamiento Desiderativo	\bar{X}	13.22	12.76	.79	-
	D.S.	3.11	3.19		
MISCELANEA	\bar{X}	12.61	12.30	.30	-
	D.S.	5.49	5.83		

NOTA: \bar{X} = Media obtenida en el factor, D.S. = Desviación estándar.

referencia a la dirección de las diferencias, podemos señalar que en los factores I (dependencia), IV (irritabilidad) y miscelánea es a favor del estadio IV, el resto de factores se inclinan hacia una mayor puntuación en el estadio II.

La comparación entre los estadios II y IV presenta diferencias significativas en dos casos: factor II (inestabilidad) y factor III (depresión) ($p < 0.01$ y $p < 0.05$, respectivamente), en ambos casos a favor del estadio II. El resto de diferencias, aunque no significativas, son también a favor del estadio II. En suma, pues, las pacientes con estadio II son más inestables y más depresivas, con mayor tendencia al ánimo inestable depresivo ($t = 1.71$) e indicando en general un peor ajuste que las pacientes con estadio IV.

Los estadios III y IV también presentan diferencias significativas en el factor II (inestabilidad) y en el "factor" miscelánea ($p < 0.05$ y $p < 0.01$, respectivamente). Ambas son a favor del estadio III, así como el resto de diferencias aunque no alcanzan la significación. En este caso, las pacientes con cáncer de mama en estadio III son más inestables y tienen un mayor ánimo inestable depresivo; asimismo presentan tendencia a una mayor dependencia ($t = 1.58$) e irritabilidad ($t = 1.78$) que las pacientes con estadio IV en su enfermedad.

A la vista de estos resultados, parece que, si diferenciamos por estadios, es el estadio IV, el más avanzado, el que presenta el mejor ajuste o adaptación, mientras los estadios II y III no muestran diferencias entre sí. La especificidad del estadio IV frente a los restantes

Cuadro 3.2.1.2.- Medias y desviaciones estándar obtenidas en el grupo de cáncer bajo tratamiento, diferenciando los distintos estadios, así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

		I. D	II. In	III. De	IV. Ir	V. P.D.	M
II - III	\bar{X}	19.19-19.55	11.43-11.25	13.24-12.00	9.11-10.07	13.38-13.05	13.05-14.12
	D.S.	7.10- 8.39	5.80- 6.13	5.34- 5.23	4.45- 4.49	3.07- 2.92	5.54- 5.83
	t	-.21	.13	1.03	-.95	.49	-.84
	p	-	-	-	-	-	-
II - IV	\bar{X}	19.19-17.11	11.43- 8.31	13.24-11.02	9.11- 8.52	13.38-12.57	13.05-11.08
	D.S.	7.10- 6.86	5.80- 5.25	5.34- 5.07	4.45- 4.28	3.07- 3.36	5.54- 5.54
	t	1.43	2.64	2.04	.64	1.23	1.71
	p	-	0.01	0.05	-	-	-
	\bar{X}	19.55-17.11	11.25- 8.31	12.00-11.02	10.07- 8.52	13.05-12.57	14.12-11.08
	D.S.	8.39- 6.86	6.13- 5.25	5.23- 5.07	4.49- 4.28	2.92- 3.36	5.83- 5.54
	t	1.58	2.56	.96	1.78	.77	2.69
	p	-	0.05	-	-	-	0.01

NOTA: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los factores: D = Dependencia, In = Inestabilidad, De = Depresión, Ir = Irritabilidad, P.D. = Pensamiento Desiderativo y M = Miscelánea.

\bar{X} = Media obtenida en el factor, D.S. = Desviación Stándar, t = Valor de la prueba t de Student y p = nivel de significación.

es la existencia de metástasis, esta podría ser la explicación a los resultados obtenidos; mientras en los estadios II y III todavía puede existir una mayor incertidumbre o expectativa respecto al desarrollo de su enfermedad, en el estadio IV ya hay frecuentemente manifestaciones claras de la misma (óseas, pulmonares, hepáticas, etc.) que presentan alteraciones somáticas. La paciente puede tener una conciencia mayor de estar enferma, el tratamiento puede verlo como algo aplicable a un problema real; en los estadios previos es más claro el conflicto entre encontrarse bien y "ponerse enferma" debido al tratamiento. Como señalan BARRETO et al. (1987), si el sujeto puede "observar" la enfermedad, tiene una meta concreta. Pero si la enfermedad no puede verse, los criterios se establecen en base a algo inexistente o al menos invisible; por tanto, la justificación del tratamiento es más difícil de comprender para el sujeto.

Por otro lado, también podría estar interviniendo la variable: tiempo desde la operación, que no hemos controlado en nuestro estudio. Es más probable que las pacientes con un estadio IV, se encuentren en un momento más lejano en el tiempo desde el comienzo de su tratamiento, que las pacientes en estadios más tempranos. Ya referimos en la introducción que si bien en un principio los estudios refieren reacciones ansiosas, depresivas, etc. reflejan un buen ajuste general al cabo de uno o dos años.

B) GRUPO DE CANCER BAJO TRATAMIENTO Y GRUPO CONTROL

Al comparar estos dos grupos (cuadro 3.2.2.1)

vemos que la única diferencia significativa aparece en el primer factor, i.e, en el factor de dependencia. Las mujeres con cáncer de mama bajo tratamiento (Ca) son más dependientes ($p < 0.01$) que el grupo "control" (Co). Así mismo, y aunque no alcanzan la significación estadística, se presentan en la misma dirección las diferencias sobre los factores de depresión (factor III), pensamiento desiderativo (factor V) y grupo miscelánea. Esta última diferencia, la más fuerte de las tres ($t = 1.62$), interpretada según el contenido de los ítems que forman este factor, indicaría un mayor ánimo inestable depresivo en dichas pacientes.

Las otras dos diferencias son a favor del grupo de mujeres "sanas": mayor inestabilidad e irritabilidad; y, aunque irían en cierta medida en la misma dirección de los estudios que hablan a favor de un mayor control emocional y supresión de la ira en las pacientes con cáncer de mama (EYSENCK, 1983; GREER, 1979 ; MORRIS et al. 1981; PETTINGALE et al. 1984), la baja significación estadística de las diferencias encontradas impide considerarlas como un apoyo a tal hipótesis.

En general, nuestros resultados se encuentran en línea con los previos ya obtenidos en nuestro departamento (BARRETO, 1984; FORNER, 1984 y ANDREU, 1985): las pacientes con cáncer de mama bajo tratamiento poliquimioterapéutico no presentan diferencias emocionales significativas con respecto a un grupo de mujeres "sanas". La única diferencia clara es sobre un factor que indica dependencia de los demás y que parece guardar bastante relación con el resultado obtenido por ABELOFF y DEROGATIS (1977) en el factor "susceptibilidad interpersonal" del SCL-90. También cabría relacionarla, con el mayor desamparo encontrado en las

Cuadro 3.2.2.1.- Medias obtenidas por el grupo de càncer bajo tratamiento y el grupo "control" en los diferentes factores, asì como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significaciòn correspondiente.

FACTOR	Ca	Co	Valor t	Nivel Significaciòn
I. Dependencia	\bar{X} 18.33 D.S. 7.40	16.05 7.23	2.68	0.01
II. Inestabilidad	\bar{X} 9.93 D.S. 5.76	10.26 5.54	-.51	-
III. Depresiòn	\bar{X} 11.80 D.S. 5.19	10.96 5.22	1.36	-
IV. Irritabilidad	\bar{X} 9.08 D.S. 4.37	9.32 3.74	-.5	-
V. Pensamiento Desiderativo	\bar{X} 12.89 D.S. 3.16	12.62 3.12	.73	-
MISCELANEA	\bar{X} 12.39 D.S. 5.72	11.19 5.67	1.82	

NOTA: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los grupos: Ca = Càncer bajo tratamiento, Co = Control.
 \bar{X} = Media obtenida en el factor, D.S. = Desviaciòn stàndar.

pacientes mastectomizadas en el estudio de GOTTESMAN y LEWIS (1982).

El hecho de que no aparezca la depresión, considerada como la "respuesta normal" al cáncer, puede explicarse desde el hecho de que se ha considerado, como vimos en la introducción, referida al diagnóstico de cáncer. Nuestras pacientes están bajo tratamiento lo cual supone el paso de algunos meses desde el momento de la operación, con lo que podemos considerar que se ha rebasado el tiempo mínimo de ajuste. Por otro lado, recordemos que MEYEROWITZ (1979) señalaba que es el segundo periodo de tratamiento (a las cuatro semanas de administrarles quimioterapia) el que supone el mayor distress y perturbación de los patrones de vida en las pacientes con cáncer de mama bajo tratamiento poliquimioterapéutico. La mayor parte de las pacientes de este estudio superaban con mucho esa cifra.

Los resultados obtenidos al diferenciar estadios dentro del grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) nos motivaron a establecer comparaciones entre ellos y el grupo control (Co). En el cuadro 3.2.2.2. se ofrecen los resultados de dicha comparación.

Las pacientes con cáncer de mama en estadio II son más dependientes (factor I) y están más deprimidas (factor III) ($p < 0.05$ en ambos casos) que el grupo control (Co). Todas las demás diferencias, a excepción del factor irritabilidad (factor IV) son a favor también del grupo con estadio II. Así mismo es importante la tendencia al ánimo inestable depresivo (miscelánea) en este grupo ($t = 1.81$).

Las pacientes con estadio III se muestran más

Cuadro 3.2.2.2.- Medias y desviaciones estándar obtenidas en el grupo de cáncer diferenciando por estadios, y en el grupo control, así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

		I. D	II. In	III. De	IV. Ir	V. P.D.	M
II - Co	\bar{X}	19.19-16.05	11.43-10.26	13.24-10.96	9.11- 9.32	13.38-12.62	13.05-11.19
	D.S.	7.10- 7.23	5.80- 5.54	5.34- 5.22	4.45- 3.74	3.07- 3.12	5.54- 5.67
	t	2.38	1.09	2.30	-.26	1.31	1.81
	p	0.05	-	0.05	-	-	-
III - Co	\bar{X}	19.55-16.05	11.25-10.26	12.00-10.96	10.07- 9.32	13.05-12.62	14.12-11.19
	D.S.	8.39- 7.23	6.13- 5.54	5.23- 5.22	4.49- 3.74	2.92- 3.12	5.83- 5.67
	t	2.48	.96	1.14	1	0.83	2.93
	p	0.05	-	-	-	-	0.01
IV - Co	\bar{X}	17.11-16.05	8.31-10.26	11.02-10.96	8.52- 9.32	12.57-12.62	11.08-11.19
	D.S.	6.86- 7.23	5.25- 5.54	5.07- 5.22	4.28- 3.74	3.36- 3.12	5.54- 5.67
	t	1.02	-2.44	0.08	-1.27	-0.05	-0.13
	p	-	0.05	-	-	-	-

NOTA : Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los factores: D = Depresión, In = Inestabilidad, De = Depresión, Ir = Irritabilidad, P.D. = Pensamiento Desiderativo y M = Miscelánea.
 \bar{X} = Media obtenida en el factor, D.S. = Desviación Stándar, t = valor de la prueba t de Student y p = - nivel de significación.

dependientes ($p < 0.05$) y con un mayor ánimo inestable depresivo ($p < 0.01$) que el grupo control (Co). El resto de diferencias, aunque no significativas, son a favor de las pacientes con estadio III.

En cuanto al estadio IV, sólo presenta una diferencia significativa con respecto al grupo control (Co), en el factor II (inestabilidad) ($p < 0.05$), pero en este caso es a favor del grupo control (Co). En el resto de factores, aunque las diferencias no son significativas presentan una direccionalidad a favor del estadio IV sólo a nivel de dependencia (factor I), en el factor III (depresión) sería despreciable ($t = 0.08$).

Resumiendo pues, la mayor dependencia (factor I) que caracterizaba al grupo de cáncer en conjunto (Ca) frente al grupo control (Co), sólo permanece en los estadios II y III; en el estadio IV, la diferencia no es significativa. Quizá esa mayor dependencia está asociada con la situación de mayor ambigüedad e incertidumbre que viven los estadios más tempranos. Por otro lado, la depresión sólo es significativamente mayor en el estadio II. Esto enlazaría con el resultado previo de una mayor depresión, también en este grupo, con respecto al estadio IV. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico en este grupo es probable que sea menor.

Parece como si el ánimo inestable depresivo fuese el "paso siguiente" a la depresión en relación con los estadios, recordemos que este sólo caracterizaba al estadio III. Por último, el mayor control emocional, tan referenciado en las pacientes con cáncer de mama, se muestra característico sólo del estadio IV.

La visión de conjunto es una mayor adaptación o ajuste a medida que avanzamos en el estadio. Si realmente aquí está jugando la variable: tiempo transcurrido desde el diagnóstico, podemos relacionarlo con el mecanismo de aceptación estoica referido por MORRIS (1977), como el que llegaba a ser más común entre los 3 y 24 meses.

Vamos a analizar ahora las diferencias aparecidas en los distintos grupos pre-diagnóstico entre sí, así como entre éstos y el grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) y entre estos y el grupo control (Co).

En todas estas comparaciones nos encontramos con el problema de que la distribución de sujetos por edades no es la misma. Pensando que este era un aspecto no controlado en otros estudios de este tipo (GREER, 1979; MORRIS, 1981; PETTINGALE et al. 1984) y que debía ser entendido como posible variable distorsionadora de los resultados, ya que los desórdenes benignos se producen en grupos de edades diferentes a aquellas donde el cáncer es más frecuente, decidimos realizar dos pruebas "t" para cada comparación: una tomando los grupos en su totalidad y otra intentando homogeneizarlos con respecto a la variable edad.

C) GRUPOS PRE-DIAGNOSTICO

En el cuadro 3.2.3.1. aparecen los valores de las medias obtenidas por los diferentes grupos pre-diagnóstico en los distintos factores, así como el valor de la prueba "t" para cada una de las comparaciones. Como puede apreciarse, sólo dos diferencias alcanzan la

Cuadro 3.2.3.1.- Medias y desviaciones estándar obtenidas por los grupos pre-diagnóstico en los diferentes factores, así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

		I. D	II. In	III. De	IV. Ir	V. P.D.	M
N - Q	\bar{X}	17.12-17.70	11.82-11.91	11.33-12.52	10.67-10.13	12.55-12.70	13.40-12.22
	D.S.	7.75- 7.54	5.48- 7.32	5.62- 6.01	4.46- 3.85	3.90- 2.80	5.03- 5.96
	t	-.28	-.05	-.74	.47	-.16	.76
	p	-	-	-	-	-	-
N - C	\bar{X}	17.12-20.36	11.82-12.59	11.33-13.82	10.67-11.09	12.55-13.91	13.40-12.68
	D.S.	7.75-10.61	5.48- 7.59	5.62- 6.64	4.46- 4.92	3.90- 4.05	5.03- 7.71
	t	-1.21	-.40	-1.42	-.32	-1.21	.32
	p	-	-	-	-	-	-
N - S	\bar{X}	17.12-16.97	11.82-10.98	11.33-12.24	10.67- 9.87	12.55-12.71	13.40-12.37
	D.S.	7.75- 8.13	5.48- 6.52	5.62- 5.74	4.46- 4.67	3.90- 3.28	5.03- 6.07
	t	.09	.65	-.73	.81	-.20	.87
	p	-	-	-	-	-	-
N - A	\bar{X}	17.12-14.87	11.82-10.83	11.33-10.87	10.67- 8.78	12.55-12.17	13.40-10.57
	D.S.	7.75- 6.35	5.48- 5.41	5.62- 4.41	4.46- 3.00	3.90- 3.49	5.03- 5.21
	t	1.17	.66	.34	1.85	.37	1.99
	p	-	-	-	-	-	.05
Q - C	\bar{X}	17.70-20.36	11.91-12.59	12.52-13.82	10.13-11.09	12.70-13.91	12.22-12.68
	D.S.	7.54-10.61	7.32- 7.59	6.01- 6.64	3.85- 4.92	2.80- 4.05	5.96- 7.71
	t	-.94	-.30	-.67	.71	-1.14	-.22
	p	-	-	-	-	-	-
Q - S	\bar{X}	17.70-16.97	11.91-10.98	12.52-12.24	10.13- 9.87	12.70-12.71	12.22-12.37
	D.S.	7.54- 8.13	7.32- 6.52	6.01- 5.74	3.85- 4.67	2.80- 3.28	5.96- 6.07
	t	.38	.53	.19	.26	-.14	-.10
	p	-	-	-	-	-	-
Q - A	\bar{X}	17.70-14.87	11.91-10.83	12.52-10.87	10.13- 8.78	12.70-12.17	12.22-10.57
	D.S.	7.54- 6.35	7.32- 5.41	6.01- 4.41	3.85- 3.00	2.80- 3.49	5.96- 5.21
	t	1.34	.56	1.04	1.30	.56	.98
	p	-	-	-	-	-	-

C - S	\bar{X}	20.36-16.97	12.59-10.98	13.82-12.24	11.09- 9.87	13.91-12.71	12.68-12.37
	D.S.	10.61- 8.13	7.59- 6.52	6.64- 5.74	4.92- 4.67	4.05- 3.28	7.71- 6.07
	t	1.34	.87	.97	.99	1.26	.17
	p	-	-	-	-	-	-
C - A	\bar{X}	20.36-14.87	12.59-10.83	13.82-10.87	11.09- 8.78	13.91-12.17	12.68-10.57
	D.S.	10.61- 6.35	7.59- 5.41	6.64- 4.41	4.92- 3.00	4.05- 3.49	7.71- 5.21
	t	2.05	.87	1.71	1.85	1.51	.75
	p	.05	-	-	-	-	-
S - A	\bar{X}	16.97-14.87	10.98-10.83	12.24-10.87	9.87- 8.78	12.71-12.17	12.37-10.57
	D.S.	8.13- 6.35	6.52- 5.41	5.74- 4.41	4.67- 3.00	3.28- 3.49	6.07- 5.21
	t	1.24	.11	1.14	1.24	.64	.75
	p	-	-	-	-	-	-
B - C	\bar{X}	17.36-20.36	11.86-12.59	11.82-13.82	10.45-11.09	12.61-13.91	12.91-12.68
	D.S.	7.60-10.61	6.24- 7.59	5.76- 6.64	4.19- 4.92	3.46- 4.05	5.41- 7.71
	t	-1.19	-.39	-1.21	-.53	-1.30	.13
	p	-	-	-	-	-	-
B - P	\bar{X}	17.36-16.40	11.86-10.94	11.82-11.87	10.45- 9.58	12.61-12.45	12.91-11.88
	D.S.	7.60- 7.71	6.24- 6.21	5.76- 5.40	4.19- 4.29	3.46- 3.27	5.41- 5.88
	t	.73	.85	-.05	1.17	.27	1.06
	p	-	-	-	-	-	-
P - C	\bar{X}	16.40-20.36	10.94-11.86	11.87-13.82	9.58-11.09	12.45-13.91	11.88-12.68
	D.S.	7.71-10.61	6.21- 7.59	5.40- 6.64	4.29- 4.92	3.27- 4.05	5.88- 7.71
	t	-1.60	-.92	-1.24	-1.29	-1.54	-.44
	p	-	-	-	-	-	-

NOTA: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los diferentes grupos y factores: N = Nòdulo, - Q = Quiste, C = Càncer pre-diagnòstico, S = Sintomàticas, A = Asintomàticas, B = Benigno (N + Q) y P = Ausencia de patologìa mamaria (S + A). D = Dependencia, In = Inestabilidad, De = Depresiòn, Ir = Irrita**bi**lidad, P.D. = Pensamiento Desiderativo y M = Miscelànea.

\bar{X} = Media obtenida en el factor, D.S. = Desviaciòn stàndar, t = valor de la t de Student y p = nivel de significaciòn.

significación estadística; indicando que el grupo de cáncer pre-diagnóstico (C) es más dependiente que el grupo de asintomáticas (A) ($p < 0.05$) y que el grupo de nódulo (N) podría considerarse con un mayor ánimo inestable depresivo que el grupo de asintomáticas (A) si atendemos al contenido de los ítems del agrupamiento que hemos llamado miscelánea ($p < 0.05$).

Por otro lado, y aunque el nivel de significación alcanzado no es suficientemente alto, creemos interesante comentar (debido al alto valor alcanzado por la "t" de Student) las siguientes diferencias: grupo de cáncer (P) sobre el factor I (dependencia), a favor del primero ($t = -1.60$); grupos de cáncer (C) y asintomático (A) en el factor III (depresión), a favor del grupo de cáncer ($t = 1.71$); en el factor IV (irritabilidad), el grupo de nódulo (N) y el grupo de cáncer (C) presentan valores más altos que el grupo de asintomáticas (A) ($t = 1.85$, en ambos casos); por último, en el factor V (pensamiento desiderativo), el grupo de cáncer (C) presenta valores bastante más altos que el grupo de asintomáticas (A) y, por consiguiente, que el grupo con ausencia de patología mamaria (P) ($t = 1.51$ y $t = -1.54$, respectivamente). Es decir, se trata de diferencias que incluyen siempre al grupo de cáncer (C), (excepto una donde aparece el grupo N) y al grupo de asintomáticas (A) o con ausencia de patología (P).

Por otro lado, en conjunto, la relación de las puntuaciones obtenidas se produce de la siguiente manera: en todos los factores se mantienen los grupos de cáncer (C) y asintomáticas (A) en los extremos (mayor y menor puntuación respectivamente), siendo los restantes grupos más o menos intercambiables; sería la agrupación miscelánea la que

presenta la mayor variabilidad en dicha ordenación. Si atendemos a los tres grupos: cáncer (C), benigno (B) y asintomático (A), vemos que el grupo de cáncer (C) puntúa más que los otros dos en los factores I (dependencia), II (inestabilidad), III (depresión), IV (irritabilidad) y V (pensamiento desiderativo), i.e., en todos menos en la agrupación miscelánea, luego parece apuntar en la dirección de un peor ajuste.

A la vista de todos los resultados, cabe comentar que, a grosso modo, la dirección de las diferencias se establece en la línea que cabía esperar: cáncer, benignos y con ausencia de patología. Las dos diferencias significativas, así como aquellas que, aún no alcanzando la significación estadística, hemos señalado que presentan valores bastante altos, se establecen con respecto al grupo de asintomáticas (A): el único grupo sin una percepción clara de patología. El resto de grupos, en principio, no serían diferentes entre sí en función de la puntuación alcanzada sobre nuestros factores.

Por otra parte, el hecho de que aparezca una diferencia a nivel del factor de dependencia (I), entre el grupo de cáncer y el grupo de asintomáticas (A), parece apuntar en la dirección de que la mayor dependencia encontrada en el grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) frente al grupo "control" (Co), no sería tanto una diferencia debida a toda la problemática que acarrea el proceso de la enfermedad en sí, y su tratamiento, cuanto a la consecuencia de una percepción subjetiva de enfermedad que se acentuaría con la gravedad de la misma. Así, los grupos que habían percibido un "bulto" en su mama no se diferenciarían entre sí.

Hemos hablado de percepción subjetiva, pero no sabemos hasta qué punto puede tratarse más bien de una percepción real ya que, aunque todos estos grupos venían a diagnóstico, algo que nosotros no pudimos controlar es la información previa que estas mujeres podían traer, pues en su mayoría, habían pasado antes por la consulta de un médico de cabecera y/o ginecólogo. Es posible que la sospecha de malignidad debido a esa información fuese la causa de la mayor dependencia del grupo de cáncer (C) con respecto al grupo de asintomáticas (A). Además, y por otra parte, si recordamos la distribución por edades de los grupos pre-diagnóstico, observaremos que el grupo de asintomáticas es el más "joven", mientras que el de cáncer es el más "viejo". No puede ser debida esa dependencia a la mayor edad de las mujeres que integran dicho grupo de cáncer?. Para contestar a esta cuestión, decidimos homogeneizar a los distintos grupos frente a la variable edad.

Sólo mencionar, por último, que no encontramos reflejada en nuestros resultados la mayor tendencia a la inhibición de la ira en nuestras pacientes con cáncer de mama (pre-diagnóstico) frente a un grupo con diagnóstico benigno; ni tampoco la tendencia a un mayor control emocional (EYSENCK, 1983; GREER, 1979; MORRIS et al. 1981; PETTINGALE et al. 1984). Incluso cabe señalar que la dirección de las diferencias es justamente la contraria. Puede ser que también la edad esté aquí distorsionando los resultados.

*** HOMOGENEIZACION RESPECTO A LA VARIABLE EDAD**

Para homogeneizar los distintos grupos prediagnóstico respecto a la variable edad, seleccionamos de cada grupo sólo aquellos sujetos comprendidos en los intervalos de edad que suponen más o menos la "moda" en cáncer: 41-45, 46-50, 51-55, 56-60 y 61-65. Hecha esta selección, el número de sujetos que compone cada grupo se reduce fuertemente (tabla 3.2.), pero consideramos que

Tabla 3.2.- Distribución por edades en los distintos grupos, una vez "homogeneizados" respecto a la variable edad.

Intervalo	N	Q	C	S	A	B	P	Ca	Co
41-45	5	7		9	3	12	12	23	23
46-50	3	6	5	5	1	9	6	21	21
51-55	2	4	1		3	6	3	22	22
56-60	2		3	5	1	2	6	20	20
61-65	1		5			1		24	24
TOTAL	13	17	14	19	8	30	27	140	140

Nota: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los distintos grupos: N = nódulo, Q = quiste, C = cáncer, S = sintomático, A = asintomático, B = benigno, P = ausencia de patología mamaria, Ca = cáncer bajo tratamiento, Co = control.

merece la pena esa pérdida de cara a conseguir una distribución más homogénea en cuanto a la edad, en los diferentes grupos. El número reducido de nuestra muestra nos imposibilitó utilizar un criterio más estricto.

En el cuadro 3.2.3.2, se pueden observar las diferencias obtenidas, una vez aplicado dicho criterio. Sólo dos diferencias alcanzan la significación estadística y, de alguna manera, la segunda sería una consecuencia de la primera: el grupo de nódulo (N) y el grupo benigno (B) son más inestables que el grupo sintomático (S) y que el grupo con ausencia de patología mamaria (P), respectivamente ($p < 0.05$ en ambos casos). El resto de diferencias son bastante bajas, solo cabría resaltar la tendencia a la mayor inestabilidad en el grupo benigno (B) que en el de cáncer (C) ($t = 1.63$), así como la mayor tendencia a la irritabilidad en el grupo de nódulo (N) y en el benigno (B) en relación al grupo asintomático (A) y al grupo con ausencia de patología mamaria (P), respectivamente ($t = 1.54$ en ambos casos).

En cuanto a la dirección de las diferencias, en los factores I, II, IV y miscelánea, es de mayor a menor puntuación: benignos (B), cáncer (C) y ausencia de patología mamaria (P) y, en los factores III y IV: cáncer (C), benignos (B) y ausencia de patología mamaria (P). Atendiendo a los grupos por separado nos encontramos ahora, a la cabeza de la mayoría de factores al grupo de nódulo (N), manteniéndose en el último lugar, el grupo de asintomáticas (A).

A la vista de estos resultados cabe señalar una serie de cuestiones. En primer lugar, desaparecen las

Cuadro 3.2.3.2.- Medias y desviaciones estándar obtenidas por los grupos pre-diagnóstico en los diferentes factores, así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente, una vez homogeneizados los grupos en cuanto a la variable edad.

		I. D	II. In	III. De	IV. Ir	V. P.D.	M
N - Q	\bar{X}	21.39-18.06	15.23-12.35	13.39-12.59	12.92-11.24	14.46-13.24	15.62-12.71
	D.S.	9.01- 8.45	5.76- 7.97	6.37- 5.84	5.47- 3.55	3.55- 2.95	5.08- 6.89
	t	.99	1.11	.34	.93	.96	1.29
	p	-	-	-	-	-	-
N - C	\bar{X}	21.39-19.29	15.23-12.36	13.39-13.86	12.92-10.93	14.46-14.07	15.62-12.79
	D.S.	9.01- 8.27	5.76- 7.36	6.37- 5.86	5.47- 4.68	3.55- 3.22	5.08- 7.28
	t	.61	1.09	-.19	.97	.29	1.13
	p	-	-	-	-	-	-
N - S	\bar{X}	21.39-19.32	15.23-10.68	13.39-13.47	12.92-10.37	14.46-12.95	15.62-12.58
	D.S.	9.01- 9.52	5.76- 5.21	6.37- 5.60	5.47- 4.40	3.55- 3.08	5.08- 6.29
	t	.69	2.20	-.04	1.35	1.20	1.46
	p	-	.05	-	-	-	-
N - A	\bar{X}	21.39-16.38	15.23-11.88	13.39-13.63	12.92- 9.88	14.46-13.25	15.62-11.75
	D.S.	9.01- 8.43	5.76- 7.90	6.37- 4.41	5.47- 3.09	3.55- 4.03	5.08- 6.82
	t	1.22	.98	-.10	1.54	.66	1.31
	p	-	-	-	-	-	-
Q - C	\bar{X}	18.06-19.29	12.35-12.36	12.59-13.86	11.24-10.93	13.24-14.07	12.71-12.79
	D.S.	8.45- 8.27	7.97- 7.36	5.84- 5.86	3.55- 4.68	2.95- 3.22	6.89- 7.28
	t	-.40	-.01	-.60	.20	-.72	-.03
	p	-	-	-	-	-	-
Q - S	\bar{X}	18.06-19.32	12.35-10.68	12.59-13.47	11.24-10.37	13.24-12.95	12.71-12.58
	D.S.	8.45- 9.52	7.97- 5.21	5.84- 5.60	3.55- 4.40	2.95- 3.08	6.89- 6.29
	t	-.49	.71	-.45	.64	.28	.06
	p	-	-	-	-	-	-
Q - A	\bar{X}	18.06-16.38	12.35-11.88	12.59-13.63	11.24- 9.88	13.24-13.25	12.71-11.75
	D.S.	8.45- 8.43	7.97- 7.90	5.84- 4.41	3.55- 3.09	2.95- 4.03	6.89- 6.82
	t	.44	.13	-.47	.93	-.001	.31
	p	-	-	-	-	-	-

.../...

C - S	\bar{X}	19.29-19.32	12.36-10.68	13.86-13.47	10.93-10.37	14.07-12.95	12.79-12.58
	D.S.	8.27- 9.52	7.36- 5.21	5.86- 5.60	4.68- 4.40	3.22- 3.08	7.28- 6.29
	t	-.02	.71	.20	.34	.97	.08
	p	-	-	-	-	-	-
C - A	\bar{X}	19.29-16.38	12.36-11.88	13.86-13.63	10.93- 9.88	14.07-13.25	12.79-11.75
	D.S.	8.27- 8.43	7.36- 7.90	5.86- 4.41	4.68- 3.09	3.22- 4.03	7.28- 6.82
	t	.74	.13	.11	.06	.47	.32
	p	-	-	-	-	-	-
S - A	\bar{X}	19.32-16.38	10.68-11.88	13.47-13.63	10.37- 9.88	12.95-13.25	12.58-11.75
	D.S.	9.52- 8.43	5.21- 7.90	5.60- 4.41	4.40- 3.09	3.08- 4.03	6.29- 6.82
	t	.84	-.37	-.08	.31	-.18	.28
	p	-	-	-	-	-	-
B - C	\bar{X}	19.50-19.29	15.47-12.36	13.57-13.86	11.97-10.93	13.77-14.07	13.97-12.79
	D.S.	8.71- 8.27	8.38- 7.36	6.20- 5.86	4.48- 4.68	3.22- 3.22	6.25- 7.28
	t	.08	1.63	-.17	.68	-.03	.51
	p	-	-	-	-	-	-
B - P	\bar{X}	19.50-18.44	15.47-11.04	13.57-13.52	11.97-10.22	13.77-13.04	13.97-12.33
	D.S.	8.71- 9.15	8.38- 5.99	6.20- 5.19	4.48- 4.00	3.22- 3.31	6.25- 6.33
	t	.44	2.27	.03	1.54	.83	.97
	p	-	.05	-	-	-	-
P - C	\bar{X}	18.44-19.29	11.04-12.36	13.52-13.86	10.22-10.93	13.04-14.07	12.33-12.79
	D.S.	9.15- 8.27	5.99- 7.36	5.19- 5.86	4.00- 4.68	3.31- 3.22	6.33- 7.28
	t	-.29	0.82	-.21	-.47	-.94	-.19
	p	-	-	-	-	-	-

NOTA: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los diferentes grupos y factores: N = Nódulo, - Q = Quiste, C = Câncer pre-diagnòstico, S = Sintomàticas, A = Asintomàticas, B = Benigno (N + Q), P = - Ausencia de patologìa mamaria (S + A). D = Dependencia, In = Inestabilidad, De = Depresiòn, Ir = Irrita**bi**lidad, P.D. = Pensamiento Desiderativo y M = Miscelànea.

\bar{X} = Media obtenida en el factor, D.S. = Desviaciòn stàndar, t = valor de la t de Student y p = nivel de significaciòn.

diferencias existentes en la comparación en que no controlábamos la variable edad; en concreto, las pacientes con cáncer de mama en situación de pre-diagnóstico (C), no muestran una mayor dependencia que el grupo de asintomáticas (A) ($t = 0.74$). En relación con la pregunta que nos planteábamos en un momento anterior cabe, pues, concluir que esa dependencia estaba claramente relacionada con la mayor edad de dichas pacientes. En conjunto, las pacientes con cáncer de mama, en una situación de pre-diagnóstico no se diferencian en absoluto del resto de grupos (benigno y con ausencia de patología) en función de los factores de nuestro cuestionario. Así mismo, desaparece la diferencia previa a nivel de items miscelánea: el grupo de nódulo (N) no aparece con mayor ánimo inestable depresivo que el grupo sintomático (S).

Por otro lado, las únicas diferencias aparecidas entre estos grupos de pre-diagnóstico se centran sobre el grupo de nódulo (N) y el grupo de sintomáticas (S) (esta diferencia es la que explica la aparecida a nivel de grupo benigno (B) y P (grupo con ausencia de patología). Una vez introducido un cierto factor corrector de la edad es como si se nos desvelara el grupo benigno (y por lo comentado ya, en concreto, el grupo de nódulo) como el "peor ajustado" a la situación. El único factor donde el grupo de cáncer supera al de nódulo es, curiosamente, en el factor de depresión, y en este caso la diferencia es despreciable ($t = -0.04$). Recordemos que estos grupos traían algún tipo de información previa, posiblemente ya decantada de alguna manera: en el caso del cáncer en un sentido negativo y en el caso del quiste o los otros grupos (S y A), positiva. Es probable que el grupo de nódulo traiga la información más ambigua por su mayor dificultad de diagnóstico diferencial del cáncer. Esta

mayor ambigüedad podría estar teniendo como consecuencia la mayor perturbación psicológica de este grupo.

Por último, cabe señalar que nuestros resultados siguen sin estar en línea con los aparecidos en la bibliografía en relación con una mayor supresión de la ira en las pacientes con cáncer de mama en relación a un grupo benigno (GREER, 1979; MORRIS et al. 1981; PETTINGALE et al. 1984), en la medida que nuestro factor de irritabilidad tenga cierta relación con la supresión de la ira medida por estos autores; aunque sí es cierto que, una vez "controlada la edad" la diferencia se establece en la relación esperada. En cuanto al mayor control emocional en las pacientes, también referido por dichos autores, en nuestro estudio se manifiesta una tendencia en esa dirección, aunque no llega a alcanzar la significación estadística.

D) GRUPO DE CANCER BAJO TRATAMIENTO Y GRUPOS PREDIAGNOSTICO

Pasemos ahora a analizar las diferencias obtenidas en los distintos factores al comparar el grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) con los distintos grupos prediagnóstico (cuadro 3.2.4.1).

Como se aprecia claramente en dicho cuadro, sólo tres diferencias alcanzan la significación estadística, indicando que el grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) es más dependiente que el grupo de asintomáticas (A) ($p < 0.05$) y menos inestable e irritable que el grupo de pacientes con diagnóstico benigno (B) ($p < 0.05$, en ambos casos).

Cuadro 3.2.4.1.- Medias y desviaciones standar obtenidas por el grupo de càncer bajo tratamiento y por los - distintos grupos pre-diagnòstico en los diferentes factores, así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

		I. D	II. In	III. De	IV. Ir	V. P.D.	M
Ca - N	\bar{X}	18.33-17.12	9.93-11.82	11.80-11.33	9.08-10.67	12.89-12.55	12.39-13.40
	D.S.	7.40- 7.75	5.76- 5.48	5.19- 5.62	4.37- 4.46	3.16- 3.90	5.72- 5.03
	t	.81	-1.75	.44	-1.83	.46	-1
	p	-	-	-	-	-	-
Ca - Q	\bar{X}	18.33-17.70	9.93-11.91	11.80-12.52	9.08-10.13	12.89-12.70	12.39-12.22
	D.S.	7.40- 7.54	5.76- 7.32	5.19- 6.01	4.37- 3.85	3.16- 2.80	5.72- 5.96
	t	.37	-1.22	-.53	-1.18	.29	.13
	p	-	-	-	-	-	-
Ca - C	\bar{X}	18.33-20.36	9.93-12.59	11.80-13.82	9.08-11.09	12.89-13.91	12.39-12.68
	D.S.	7.40-10.61	5.76- 7.59	5.19- 6.64	4.37- 4.92	3.16- 4.05	5.72- 7.71
	t	-.85	-1.54	-1.34	-1.78	-1.10	-1.17
	p	-	-	-	-	-	-
Ca - S	\bar{X}	18.33-16.97	9.93-10.98	11.80-12.24	9.08- 9.87	12.89-12.71	12.39-12.37
	D.S.	7.40- 8.13	5.76- 6.52	5.19- 5.74	4.37- 4.67	3.16- 3.28	5.72- 6.07
	t	1.13	-1.09	-.51	-1.13	.36	.02
	p	-	-	-	-	-	-
Ca - A	\bar{X}	18.33-14.87	9.93-10.83	11.80-10.87	9.08- 8.78	12.89-12.17	12.39-10.57
	D.S.	7.40- 6.35	5.76- 5.41	5.19- 4.41	4.37- 3.00	3.16- 3.49	5.72- 5.21
	t	2.34	-1.38	.90	.41	.91	1.52
	p	0.05	-	-	-	-	-
Ca - B	\bar{X}	18.33-17.36	9.93-11.86	11.80-11.82	9.08-10.45	12.89-12.61	12.39-12.91
	D.S.	7.40- 7.60	5.76- 6.25	5.19- 5.76	4.37- 4.19	3.16- 3.46	5.72- 5.41
	t	.82	-2.01	-.02	-2.15	.52	-.60
	p	-	0.05	-	0.05	-	-

Ca - P	\bar{X}	18.33-16.40	9.93-10.94	11.80-11.87	9.08- 9.58	12.89-12.45	12.39-11.88
	D.S.	7.40- 7.71	5.76- 6.21	5.19- 5.40	4.37- 4.29	3.16- 3.27	5.72- 5.88
	t	1.86	-1.22	-.10	-.85	.98	,65
	p	-	-	-	-	-	-

NOTA: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los diferentes grupos y factores: Ca = Pacientes de càncer bajo tratamiento poliquimioterapèutico, N = Nòdulo, Q = Quiste, C = Càncer, S = Sintomàticas, A = Asintomàticas, B = Benigno (N + Q) y P = Ausencia de patologia mamaria (S + A), D = Dependencia, - In = Inestabilidad, De = Depresiòn, Ir = Irritabilidad, P.D. = Pensamiento Desiderativo, M = Miscelànea. \bar{X} = Media obtenida en el factor, D.S. Desviaciòn Stàndar, t = valor de la t de Student y p = nivel de - significaciòn.

El resto de diferencias no fueron significativas pero, por el alto valor que alcanza la prueba "t", cabe señalar las siguientes: la diferencia entre grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) y grupo con ausencia de patología mamaria (P), a favor de aquél ($t = 1.86$), en el factor I (dependencia); la diferencia entre el grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca), por un lado, y grupos de nódulo (N) y cáncer prediagnóstico (C), por otro, en el factor II (inestabilidad), a favor de éstos ($t = -1.75$ y $t = -1.54$, respectivamente); la menor irritabilidad (factor III) del grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) frente al de nódulo (N) y al de cáncer prediagnóstico por otro ($t = -1.83$ y $t = -1.78$, respectivamente); por último, la mayor puntuación del grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) con respecto al grupo de asintomáticas, en la agrupación de items que hemos llamado miscelánea ($t = 1.52$).

Si atendemos a la dirección de las diferencias, vemos que el grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) ocupa lugares muy variados, si lo comparamos con los cinco grupos prediagnóstico, pero si tenemos en cuenta la agrupación: benignos (B), cáncer (C) y ausencia de patología (P), obtiene la puntuación más baja en los factores II (inestabilidad), III (depresión) y IV (irritabilidad), la segunda (tras el grupo de cáncer prediagnóstico), en los factores I (dependencia) y IV (pensamiento desiderativo) y la tercera (tras los grupos: benigno y cáncer prediagnóstico) en el "factor" miscelánea. Así, aunque la diferencia no es significativa, esto parecería estar indicando un "mejor ajuste" en las pacientes con cáncer de mama bajo tratamiento en relación a los grupos pre-diagnóstico.

En suma, el grupo de pacientes con cáncer de mama bajo tratamiento (Ca) puede considerarse mejor ajustado que el grupo con patología benigna (B) a nivel de inestabilidad e irritabilidad; aunque sigue siendo más dependiente que las mujeres que no se perciben patología clara (A). En cualquier caso, aquí también cabe plantearse la cuestión: puede estar actuando la edad como una variable moduladora?

* HOMOGENEIZACION RESPECTO A LA VARIABLE EDAD

Seleccionamos del grupo de pacientes de cáncer bajo tratamiento (Ca), sólo aquellas mujeres cuyas edades quedaban comprendidas entre 41 y 65 años (tabla 3.2).

Si observamos las diferencias encontradas entre el grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) y los grupos prediagnóstico, una vez homogeneizados frente a la variable edad, nos encontramos con que (ver cuadro 3.2.4.2) estas pacientes son menos inestables (factor II) ($p < 0.01$), irritables (factor IV) ($p < 0.05$) y presentan menos ánimo inestable deprimido (miscelánea) ($p < 0.05$) que el grupo de nódulo (N). Si bien esta última diferencia, por su bajo valor ($t = -1.99$), se dispersa, las dos primeras explican que el grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) sea menos inestable (factor II) ($p < 0.01$) e irritable (factor IV) ($p < 0.01$) que el grupo con diagnóstico benigno (B).

El resto de diferencias, además de no significativas, son bastante bajas; quizá sólo cabría mencionar la que indica una tendencia mayor a la irritabilidad (factor IV) en

Cuadro 3.2.4.2.- Medias y desviaciones estándar obtenidas por el grupo de cáncer bajo tratamiento y los grupos pre-diagnóstico en los diferentes factores, así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación asociado; una vez homogeneizados los grupos en cuanto a la variable edad.

		I. D	II. In	III. De	IV. Ir	V. P.D.	M
Ca - N	\bar{X}	18.44-21.39	10.23-15.23	12.06-13.39	9.51-12.92	12.94-14.66	12.49-15.62
	D.S.	7.21- 9.01	5.85- 5.76	4.84- 6.37	4.56- 5.47	3.18- 3.55	5.84- 5.08
	t	-1.10	-2.84	-.70	-2.08	-1.59	-1.99
	p	-	.01	-	.05	-	.05
Ca - Q	\bar{X}	18.44-18.06	10.23-12.35	12.06-12.59	9.51-11.24	12.94-13.24	12.49-12.71
	D.S.	7.21- 8.45	5.85- 7.97	4.84- 5.84	4.56- 3.55	3.18- 2.95	5.84- 6.89
	t	.17	-1.02	-.35	-1.75	-.37	-.12
	p	-	-	-	-	-	-
Ca - C	\bar{X}	18.44-19.29	10.23-12.36	12.06-13.86	9.51-10.93	12.94-14.07	12.49-12.79
	D.S.	7.21- 8.27	5.85- 7.36	4.84- 5.86	4.56- 4.68	3.18- 3.22	5.84- 7.28
	t	-.36	-1.01	-1.09	-1.04	-1.20	-.14
	p	-	-	-	-	-	-
Ca - S	\bar{X}	18.44-19.32	10.23-10.68	12.06-13.47	9.51-10.37	12.94-12.95	12.49-12.58
	D.S.	7.21- 9.52	5.85- 5.21	4.84- 5.60	4.56- 4.40	3.18- 3.08	5.84- 6.29
	t	-.53	-.33	-1.01	-.76	-.01	-.06
	p	-	-	-	-	-	-
Ca - A	\bar{X}	18.44-16.38	10.23-11.88	12.06-13.63	9.51- 9.88	12.94-13.25	12.49-11.75
	D.S.	7.21- 8.43	5.85- 7.90	4.84- 4.41	4.56- 3.09	3.18- 4.03	5.84- 6.82
	t	.63	-.55	-.91	-.30	-.20	.28
	p	-	-	-	-	-	-
Ca - B	\bar{X}	18.44-19.50	10.23-15.47	12.06-13.57	9.51-11.97	12.94-13.77	12.49-13.97
	D.S.	7.21- 8.71	5.85- 8.38	4.84- 6.20	4.56- 4.48	3.18- 3.22	5.84- 6.25
	t	-.60	-3.16	-1.22	-2.62	-1.22	-1.15
	p	-	.01	-	.01	-	-

\bar{X}	18.44-18.44	10.23-11.04	12.06-13.52	9.51-10.22	12.94-13.04	12.49-12.33
D.S.	7.21- 9.15	5.85- 5.99	4.84- 5.19	4.56- 4.00	3.18- 3.31	5.84- 6.63
t	0	-.62	-1.17	-.80	-.14	.09
p	-	-	-	-	-	-

NOTA: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los diferentes grupos: Ca = Pacientes de càncer bajo tratamiento poliquimioterapèutic, N = Nòdulo, Q = Quiste, C = Càncer, S = Sintomàticas, A = Asintomàticas, B = Benigno (N + Q), P = Ausencia de patologia mamaria (S + A), D = Dependencia, In = Inestabilidad, De = Depresión, Ir = Irritabilidad, P.D. = Pensamiento Desiderativo y M = Miscelànea. \bar{X} = Media obtenida en el factor, D.S. Desviaciòn stàndar, t = valor de la t de Student y p = nivel de significaciòn.

el grupo de quiste (Q) ($t = -1.75$) que en el grupo bajo tratamiento, así como una mayor tendencia al pensamiento desiderativo (factor V) en el grupo de nódulo (N) que en el de cáncer bajo tratamiento (Ca) ($t = -1.59$).

Atendiendo a la dirección de las diferencias, nos encontramos con que el grupo de nódulo (N) encabezaría todos los factores, a excepción del de depresión (factor III), donde la máxima puntuación la obtiene el grupo de cáncer de prediagnóstico (C), mientras la puntuación más baja la obtendría, el grupo asintomático (A), en el factor I (dependencia) y en la agrupación miscelánea; en el resto de factores, el grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca). Si atendemos a los grupos: benigno (B) y ausencia de patología (P), el primer y segundo lugar, en cuanto a la puntuación en los factores, se lo disputarían los grupos: benigno (B) y cáncer prediagnóstico (C), mientras el tercer y cuarto puesto lo ocupan siempre los grupos de cáncer bajo tratamiento (Ca) y ausencia de patología (P). Esto apunta también en la línea de un mejor ajuste de las pacientes de mama bajo tratamiento (Ca) frente a los grupos prediagnóstico con patología (benigna o maligna).

Por otro lado, es importante resaltar que la diferencia previa aparecida a nivel del factor dependencia (factor I) entre el grupo bajo tratamiento (Ca) y el grupo asintomático (A) desaparece si "controlamos" la variable edad. Estábamos pues en lo cierto, cuando hipotetizábamos que esa mayor dependencia podía estar relacionada con la mayor edad del primer grupo frente al segundo.

En suma, cabe señalar que las diferencias del grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) frente a los grupos

prediagnóstico se centra en el grupo de nódulo (N). Nuestra hipótesis de la mayor ambigüedad de la información en este grupo sigue siendo perfectamente aplicable aquí.

E) GRUPO CONTROL Y GRUPOS PREDIAGNOSTICO

Las diferencias que se presentan en la comparación entre estos dos grupos son escasas (cuadro 3.2.5.1). Si bien algunas diferencias son bastante altas: el grupo "control" (Co) parece menos dependiente (factor I), deprimido (factor III) e irritable (factor IV) que el grupo de cáncer prediagnóstico (C) ($t = -1.60$, $t = -1.89$ y $t = -1.58$, respectivamente), así como menos inestable que el grupo benigno (B) ($t = -1.68$); sólo son significativas ($p < 0.05$) las diferencias que aparecen en el "factor" miscelánea a favor del grupo de nódulo (N) y, consiguientemente del grupo de benignos (B).

En cuanto a la dirección de las diferencias, el grupo "control" (Co) presenta una tendencia general a situarse en los últimos puestos del factor, entre los grupos sintomático (S) y asintomático (A). Diferenciando sólo entre patología: benigna (B) y maligna (C), y ausencia de patología (P), el grupo "control" (Co) es el que obtiene la menor puntuación en todos los factores, incluyendo el miscelánea, a excepción del factor V (pensamiento desiderativo) donde ocupa el segundo lugar, tras el grupo de cáncer (C). Parece el mejor ajustado, en línea con lo que cabía esperar, aunque sólo sea por el hecho de que no se van a enfrentar de inmediato con una situación stressante

Cuadro 3.2.5.1.- Medias y desviaciones estándar obtenidas por el grupo control y por los distintos grupos pre diagnóstico en los diferentes factores, así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

Co - N	\bar{X}	16.05-17.12	10.26-11.82	10.96-11.33	9.32-10.67	12.62-12.55	11.19-13.40
	D.S.	7.23- 7.75	5.54- 5.48	5.22- 5.62	3.74- 4.46	3.12- 3.90	5.67- 5.03
	t	-.72	-1.46	-.34	-1.59	.09	-2.21
	p	-	-	-	-	-	.05
Co - Q	\bar{X}	16.05-17.70	10.26-11.91	10.96-12.52	9.32-10.13	12.62-12.70	11.19-12.22
	D.S.	7.23- 7.54	5.54- 7.32	5.22- 6.01	3.74- 3.85	3.12- 2.80	5.67- 5.96
	t	-.96	-1.02	-1.16	-.92	-.12	-.76
	p	-	-	-	-	-	-
Co - C	\bar{X}	16.05-20.36	10.26-12.59	10.96-13.82	9.32-11.09	12.62-13.91	11.19-12.68
	D.S.	7.23-10.61	5.54- 7.59	5.22- 6.64	3.74- 4.92	3.12- 4.05	5.67- 7.71
	t	-1.80	-1.36	-1.89	-1.58	-1.40	-.86
	p	-	-	-	-	-	-
Co - S	\bar{X}	16.05-16.97	10.26-10.98	10.96-12.24	9.32- 9.87	12.62-12.71	11.19-12.39
	D.S.	7.23- 8.13	5.54- 6.52	5.22- 5.74	3.74- 4.67	3.12- 3.28	5.67- 6.07
	t	-.77	-.76	-1.49	-.81	-.18	-1.32
	p	-	-	-	-	-	-
Co - A	\bar{X}	16.05-14.87	10.26-10.83	10.96-10.87	9.32- 8.78	12.62-12.17	11.19-10.57
	D.S.	7.23- 6.35	5.54- 5.41	5.22- 4.41	3.74- 3.00	3.12- 3.49	5.67- 5.21
	t	.80	-.46	.09	.76	.57	.52
	p	-	-	-	-	-	-
Co - B	\bar{X}	16.05-17.36	10.26-11.86	10.96-11.82	9.32-10.45	12.62-12.61	11.19-12.91
	D.S.	7.23- 7.60	5.54- 6.24	5.22- 5.76	3.74- 4.19	3.12- 3.46	5.67- 5.41
	t	-1.11	-1.68	-.97	-1.71	.02	-2
	p	-	-	-	-	-	-

\bar{X}	16.05-16.40	10.26-10.94	10.96-11.87	9.32- 9.58	12.62-12.45	11.19-11.88
D.S.	7.23- 7.71	5.54- 6.21	5.22- 5.40	3.74- 4.29	3.12- 3.27	5.67- 5.88
t	-.34	-.84	-1.23	-.46	.38	-.87
p	-	-	-	-	-	-

NOTA: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los diferentes grupos: Co = Control, N = Nòdulo, Q = Quiste, C = Càncer, S = Sintomàticas, A = Asintomàticas, B = Benignos (N + Q), P = Ausencia de Patologia mamaria (S + A), D = Dependencia, In, Inestabilidad, De = Depresiòn, Ir = Irritabilidad, P. D. Pensamiento Desiderativo y M = Miscelànea.

\bar{X} = Media obtenida en el factor, D.S. = Desviaciòn Stàndar, t = valor de la t de Student y p = nivel - de significaciòn.

(entrevista médica).

Sintetizando pues, a excepción de un menor ánimo inestable depresivo que el grupo de nódulo (N) y, consiguientemente, que el grupo benigno (B), el grupo "control" no se diferencia significativamente de los grupos prediagnóstico. Por otro lado, las únicas diferencias aparecidas se centran, de nuevo, en torno al grupo de nódulo (N).

* HOMOGENEIZACION RESPECTO A LA VARIABLE EDAD

Si asemejamos los grupos en cuanto a la variable edad, se mantienen las diferencias anteriores y emergen otras nuevas (cuadro 3.2.5.2); en concreto: el grupo "control" (Co) es menos dependiente (factor I), inestable (factor II), irritable (factor III) e inestable depresivo (miscelánea) que el grupo de nódulo (N) ($p < 0.05$, $p < 0.01$, $p < 0.05$ y $p < 0.01$, respectivamente) y, por tanto, que el grupo benigno (B) ($p < 0.05$, $p < 0.01$, $p < 0.05$ y $p < 0.05$); así mismo, es menos dependiente (factor I) que el grupo sintomático (S) ($p < 0.05$). El resto de diferencias son todas a favor de los grupos prediagnóstico y, en concreto, cabría mencionar (aunque carecen de significación estadística) la tendencia a una mayor depresión (factor III) en el grupo benigno (B) ($t = -1.64$) y en el de ausencia de patología (P) ($t = -1.77$), a una mayor irritabilidad (factor IV) en el grupo de quiste (Q) ($t = -1.65$) y a una mayor puntuación en el factor V (pensamiento desiderativo) en los grupos: nódulo (N) ($t = -1.85$), cáncer (C) ($t = -1.5$) y

Cuadro 3.2.5.2.- Medias y desviaciones estándar obtenidas por el grupo control y los grupos pre-diagnóstico - en los diferentes factores, así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación asociado; una vez homogeneizado los grupos en cuanto a la variable edad.

		I. D	II. In	III. De	IV. Ir	V. P.D.	M
Co - N	\bar{X}	15.92-21.39	10.32-15.23	11.50-13.39	9.66-12.92	12.66-14.66	11.41-15.62
	D.S.	7.05- 9.01	5.68- 5.76	5.30- 6.37	3.82- 5.47	3.21- 3.55	5.64- 5.08
	t	-2.03	-2.79	-.99	-2	-1.85	-2.68
	p	.05	.01	-	.05	-	.01
Co - Q	\bar{X}	15.92-18.06	10.32-12.35	11.50-12.59	9.66-11.24	12.66-13.24	11.41-12.71
	D.S.	7.05- 8.45	5.68- 7.97	5.30- 5.84	3.82- 3.55	3.21- 2.95	5.64- 6.89
	t	-.96	-.99	-.70	-1.65	-.72	-.72
	p	-	-	-	-	-	-
Co - C	\bar{X}	15.92-19.29	10.32-12.36	11.50-13.89	9.66-10.93	12.66-14.07	11.41-12.79
	D.S.	7.05- 8.27	5.68- 7.36	5.30- 5.86	3.82- 4.68	3.21- 3.22	5.64- 7.28
	t	-1.41	-.97	-1.41	-.94	-1.50	-.66
	p	-	-	-	-	-	-
Co - S	\bar{X}	15.92-19.32	10.32-10.68	11.50-13.47	9.66-10.37	12.66-12.95	11.41-12.58
	D.S.	7.05- 9.52	5.68- 5.21	5.30- 5.60	3.82- 4.40	3.21- 3.08	5.64- 6.29
	t	-2.06	-.27	-1.40	-.64	-.37	-.74
	p	.05	-	-	-	-	-
Co - A	\bar{X}	15.92-16.38	10.32-11.88	11.50-13.63	9.66- 9.88	12.66-13.25	11.41-11.75
	D.S.	7.05- 8.43	5.68- 7.90	5.30- 4.41	3.82- 3.09	3.21- 4.03	5.64- 6.82
	t	-.14	-.52	-1.22	-.18	-.38	-.13
	p	-	-	-	-	-	-
Co - B	\bar{X}	15.92-19.50	10.32-15.47	11.50-13.57	9.66-11.97	12.66-13.77	11.41-13.97
	D.S.	7.05- 8.71	5.68- 8.38	5.30- 6.20	3.82- 4.48	3.21- 3.22	5.64- 6.25
	t	-2.03	-3.12	01.64	-2.54	-1.63	-2
	p	.05	.01	-	.05	-	.05

\bar{X}	15.92-18.44	10.32-11.04	11.50-13.52	9.66-10.22	12.66-13.04	11.41-12.33
D.S.	7.05- 9.15	5.68- 5.99	5.30- 5.19	3.82- 4.00	3.21- 3.31	5.64- 6.33
t	-1.32	-.55	01.77	-.64	-.53	-.68
p	-	-	-	-	-	-

NOTA: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los diferentes grupos: Co = Control, N = Nòdulo, Q = Quiste, C = Càncer, S = Sintomàticas, A = Asintomàticas, B = Benigno (N + Q), P = Ausencia de patologia mamaria (S + A), D = Dependencia, In = Inestabilidad, De = Depresiòn, Ir = Irritabilidad, - P.D. = Pensamiento Desiderativo y M = Miscelànea.
 \bar{X} = Media obtenida en el factor, D.S. = Desviaciòn Stàndar, t = valor de la t de Student y p = nivel de significaciòn.

benigno (B) ($t = -1.63$).

El grupo "control" ocupa siempre el último lugar en cuanto a la puntuación obtenida en el factor, tanto si lo comparamos con los grupos por separado, como agrupándolos en benignos (B), cáncer (C) y ausencia de patología (P).

En definitiva, aparte de la diferencia obtenida con el grupo sintomático (S) en dependencia (factor I), que quizá podría tener alguna explicación en el hecho de que sea este un grupo excesivamente preocupado por su imagen corporal (de cualquier manera, esta es sólo una sugerencia que hacemos), de nuevo, todas las diferencias se vuelven a centrar en el grupo de nódulo (N) y así, en el de benignos (B) (lo cual sigue encajando perfectamente con la hipótesis de la ambigüedad de la información). Se nos desvela este grupo como el grupo "patológico" de entre los de prediagnóstico. Por lo demás, aunque el grupo control puntúa en la dirección de mejor ajuste, no se diferencia significativamente del resto de grupos (exceptuando la diferencia mencionada con el grupo sintomático (S) sobre la que no tenemos una explicación convincente).

Una vez comentados los distintos análisis bivariados, destacan los siguientes aspectos:

a) Si diferenciamos el grupo de cáncer bajo tratamiento por estadios, el único que presenta diferencias con respecto a los demás es el estadio IV, en el sentido de un "mejor ajuste" que los estadios II y III.

b) El grupo de cáncer bajo tratamiento es más dependiente que el grupo "control". Si tenemos en cuenta los diferentes estadios que componen aquel, esa mayor dependencia se mantiene sólo en los estadios II y III, desaparece en el IV.

c) Cada estadio parece presentar una característica específica: el estadio II, una mayor depresión (con respecto al estadio IV y al grupo "control"), el estadio tres, un mayor ánimo inestable deprimido (respecto a los mismos grupos) y el estadio IV, una mayor estabilidad emocional (con respecto a los estadios II y III, y al grupo "control").

d) El grupo de nódulo (y, por tanto, el grupo benigno) reúne en él las diferencias obtenidas en el resto de casos: es más dependiente que el grupo "control", más inestable que los grupos: sintomático, cáncer bajo tratamiento y "control", y más irritable y con mayor ánimo inestable depresivo que estos dos últimos grupos. Se presenta pues, como el grupo peor ajustado de nuestro análisis.

3.3.- ANALISIS DIFERENCIAL MULTIVARIADO

Antes de pasar a comentar los resultados concretos, conviene recordar que el programa utilizado ha sido el del análisis discriminante paso a paso del paquete SPSS. Con este procedimiento se van introduciendo las variables que cumplen a la vez, ciertas condiciones y se eligen, al final, las combinaciones de variables que maximizan la diferencia entre los grupos. Caso de encontrar, a lo largo del análisis, alguna variable que actúa como redundante de otra, el programa selecciona aquella que en combinación con las detectadas hasta el momento ofrece un mayor poder discriminante.

Las variables que han entrado a formar parte de los análisis son, en cualquiera de los casos, todas las resultantes del análisis factorial: dependencia (factor I), inestabilidad (factor II), depresión (factor III), irritabilidad (factor IV) y pensamiento desiderativo (factor V) más la agrupación miscelánea.

A) ANALISIS DISCRIMINANTE CORRESPONDIENTE A LOS GRUPOS DE CANCER BAJO TRATAMIENTO Y CONTROL

En el cuadro 3.3.1.1, partes A (superior) y B (inferior), se ofrece el resumen de los resultados que pasamos a comentar.

Como se observa (parte A), de las seis variables consideradas, sólo cuatro (dependencia, inestabilidad, irritabilidad y miscelánea) cumplen los requisitos necesarios para ser seleccionadas. Con estas cuatro variables se obtiene una función discriminante (parte B) que es significativa al nueve por mil.

Cuadro 3.3.1.1.- Resultados del Análisis Discriminante. Grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) y grupo control (Co) (N = 150 sujetos para cada grupo). La explicación en el texto.

(A) RESUMEN DE PASOS

Paso no.	Variable	Lambda de Wilks	p
1	D	.97	.01
2	In	.97	.76
3	Ir	.96	.71
4	M	.97	.07

(B) FUNCIONES DISCRIMINANTES

F	V.P.	% relativo	r canónica	Funciones derivadas de Wilks	Lambda	X	g.l.	p
				0	.96	13.50	4	.009
1	.05	100	.21					

Nota.- D= Dependencia, In= Inestabilidad, Ir= Irritabilidad y M= Miscelánea.

En el cuadro 3.3.1.2, se presenta la adscripción de los sujetos de los dos grupos considerados (Ca y Co) realizada a partir de la función discriminante encontrada. De la información proporcionada por este cuadro, cabría destacar que los casos que aparecen correctamente clasificados suponen un 61.33%. No siendo un valor excesivamente alto, consideramos es importante.

Sólo dos de los factores: depresión y pensamiento desiderativo, no quedan contemplados en el análisis. Por otro lado, la aparición de la agrupación miscelánea nos corrobora nuestra decisión de integrarla en los análisis como un factor más.

Cuadro 3.3.1.2.- Análisis discriminante con grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) y grupo control (Co). Clasificaciones porcentuales de sujetos en los grupos a partir de las funciones discriminantes encontradas.

Grupo Actual	Grupo Predicho	
	1	2
1. Co	64	36
2. Ca	41.3	58.7

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 61.33%.

B) ANALISIS DISCRIMINANTE CORRESPONDIENTE A LOS TRES GRUPOS PREDIAGNOSTICO

El resumen de los resultados de este análisis se ofrece en el cuadro 3.3.2.1, partes A (superior) y B (inferior).

Cuadro 3.3.2.1.- Resultados del Análisis Discriminante. Grupos Prediagnóstico (B, C, P) (N = 56, 22 y 85, respectivamente). La explicación en el texto.

(A) RESUMEN DE PASOS

Paso no.	Variable	Lambda de Wilks	p
1	Ø	.98	.13

(B) FUNCIONES DISCRIMINANTES

F	% V.P. relativo	r canónica	funciones derivadas de Wilks	Lambda	X	g.l.	p
1	.03	100	16	Ø	.98	4.13 2	.13

Nota.- D= Dependencia.

En este caso, sólo una variable (parte A), de las seis consideradas, cumplió los requisitos necesarios para ser seleccionada: la variable dependencia (factor I). Con una sola variable, únicamente es posible encontrar como máximo una función discriminante (parte B) que, además, no es significativa.

En el cuadro 3.3.2.2 se ofrecen los resultados correspondientes a la adscripción de los sujetos a los tres grupos prediagnóstico: benigno (B), cáncer (C) y ausencia de patología mamaria (P), a partir de la función discriminante. En este caso, el porcentaje de sujetos correctamente clasificados es 39.88%, un porcentaje inferior al previo.

Cuadro 3.3.2.2.- Análisis Discriminante con los tres grupos prediagnóstico (B, C, P). Clasificaciones porcentuales de sujetos en los grupos a partir de las funciones discriminantes encontradas.

Grupo Actual	Grupo Predicho			SC/NC
	1	2	3	
1. B	5.4	41.1	53.6	59.0
2. C	9.1	45.5	45.5	45.5
3. P	7.1	31.8	61.2	68.3

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 39.88%.

Nota.- B= benigno, C= cáncer prediagnóstico, P= ausencia de patología mamaria.

Si observamos los casos adscritos correctamente a cada uno de los grupos, vemos que el grupo mejor definido sería el P (ausencia de patología mamaria): 61.2%, seguido del grupo de cáncer (C): 45.5%. el grupo al que menos sujetos se adscriben, tanto correcta como incorrectamente, es el grupo benigno; este grupo se reparte entre los otros dos, es pues el grupo menos definido.

En la última columna, se ofrecen los resultados correspondientes al porcentaje de clasificación correcta apelando a la dicotomía cáncer/no malignidad, de modo que 59, por ejemplo, referido al grupo B (benigno), significa que, al margen de la correcta adscripción a este grupo, el 59% de los sujetos se encuentran correctamente clasificados como pertenecientes a uno u otro grupo con ausencia de malignidad. Tomando en cuenta esta dicotomía, el porcentaje de casos correctamente clasificados asciende a un 57.6%

C) ANALISIS DISCRIMINANTE CORRESPONDIENTE A LOS TRES GRUPOS PREDIAGNOSTICO, AL GRUPO DE CANCER BAJO TRATAMIENTO Y AL GRUPO CONTROL

Añadimos en este análisis, a los tres grupos prediagnóstico: benigno (B), cáncer (C) y ausencia de patología (P), los dos grupos considerados en el primer análisis: grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) y grupo "control" (Co).

Queda recogido en el cuadro 3.3.3.1, partes A (superior) y B (inferior), el resumen de los resultados que

comentamos a continuación.

Cuadro 3.3.3.1.- Resultados del Análisis Discriminante. Grupos prediagnóstico (B,C,P), grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) y grupo control (Co) (N = 56, 22, 65, 150 y 150, respectivamente). La explicación en el texto.

(A) RESUMEN DE PASOS

Paso no.	Variable	Lambda de Wilks	p
1	D	.95	.02
2	In	.94	.14
3	De	.94	.17
4	Ir	.94	.36
5	M	.94	.26

(B) FUNCIONES DISCRIMINANTES

F	V.P. relativo	%	r	funciones	Lambda	X	g.l.	p
				0	.93	34.65	20	.02
1	.04	53.29	.20	1	.97	16.39	12	.17
2	.02	27.80	.16	2	.99	6.66	6	.35
3	.01	13.86	.10	3	.99	1.78	2	.41
4	.003	5.05	.06					

Nota.- D= dependencia, In= inestabilidad, De= depresión, Ir= irritabilidad, M= miscelánea.

De las seis variables, un total de cinco (i.e., todas, excepto el factor IV: pensamiento desiderativo), cumplen los requisitos necesarios de cara a su selección (parte A). Con esas cinco variables (dependencia, inestabilidad, depresión, irritabilidad y miscelánea), se obtienen cuatro funciones discriminantes (parte B), de las que sólo la primera es significativa al dos por cien.

Por otra parte, en el cuadro 3.3.3.2, se presentan los resultados relativos a la clasificación de los sujetos, apelando a los resultados de las funciones discriminantes encontradas. Como se desprende del cuadro, y en relación con el análisis anterior, el porcentaje de clasificaciones correctas disminuye hasta situarse en un 28.94%, si añadimos los grupos de cáncer bajo tratamiento y control. Pero si atendemos a la dicotomía cáncer/ausencia de malignidad, el porcentaje de casos correctamente clasificados es del 54.72%.

Centrándonos en las clasificaciones correctas grupo a grupo, vemos que los mejor clasificados son los dos grupos de cáncer: prediagnóstico (C) y bajo tratamiento (Ca) (36.4% y 36%, respectivamente). Los grupos "control" (Co) y benigno (B) obtienen porcentajes menores (28.7% y 25%, respectivamente); es, en este análisis, el grupo con ausencia de patología (P) el grupo peor clasificado (17.6%).

Cuadro 3.3.3.2.- Análisis Discriminante con los tres grupos prediagnóstico (B, C, P), grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) y grupo control (Co). Clasificaciones porcentuales de los sujetos en los grupos a partir de las funciones discriminantes encontradas.

Grupo Actual	Grupo Predicho					SC/NC
	1	2	3	4	5	
1. Co	28.7	21.3	18	18	14	60.7
2. Ca	12	36	18	18.7	15.3	54.7
3. B	17.9	25	25	23.2	8.9	51.8
4. C	22.7	13.6	18.2	36.4	9.1	50
5. P	24.7	24.7	14.1	18.8	17.6	56.4

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 28.94%.

Nota.- Co= control, Ca= cáncer bajo tratamiento, B= benigno, C= cáncer prediagnóstico, P= ausencia de patología mamaria.

D) ANALISIS DISCRIMINANTE CORRESPONDIENTE A LOS CINCO GRUPOS PREDIAGNOSTICO

En este caso consideramos los distintos grupos prediagnóstico sin agruparlos: nódulo (N), quiste (Q), cáncer (C), sintomático (S) y asintomático (A). En el cuadro 3.3.4.1 (parte A) se encuentra el resumen de las variables que cumplen los requisitos para delimitar las funciones

discriminantes: sólo una en este caso, dependencia. Una sólo es pues, también, (parte B) la función discriminante obtenida, función que, además, no es estadísticamente significativa.

Cuadro 3.3.4.1.- Resultados del Análisis Discriminante.
 Grupos prediagnóstico (Q, N, C, S, A)
 (N = 23, 33, 22, 62, 23, respectivamente).
 La explicación en el texto.

(A) RESUMEN DE PASOS

Paso no.	Variable	Lambda de Wilks	p
1	D	.97	.26

(B) FUNCIONES DISCRIMINANTES

F	V.P. relativo	%	r	funciones canónicas derivadas	Lambda de Wilks	X	g.l.	p
1	.03	100	.18	0	.97	5.29	4	.26

Nota.- D= dependencia.

Por otra parte, en el cuadro 3.3.4.2, se ofrecen los resultados obtenidos a partir de la clasificación correcta de los sujetos: 22.70%. Comparando este análisis

con aquel realizado con los tres grupos prediagnóstico (agrupando nódulo (N) y quiste (Q) como benigno (B) y sintomático (S) y asintomático (A) como ausencia de patología mamaria (P)), encontramos una disminución de casos correctamente clasificados de alrededor de un 17%.

Cuadro 3.3.4.2.- Análisis Discriminante con los cinco grupos prediagnóstico (Q, N, C, S, A). Clasificaciones porcentuales de los sujetos en los grupos a partir de las funciones discriminantes encontradas.

Grupo Actual	Grupo Predicho					SC/NC
	1	2	3	4	5	
1. Q	17.4	0	34.8	8.7	39.1	65.2
2. N	3	0	33.3	15.2	48.5	66.7
3. C	4.5	0	45.5	13.6	36.4	45.5
4. S	6.5	0	29	14.5	50	71
5. A	4.3	0	17.4	17.4	60.9	82.6

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 22.70%.

Nota.- Q= quiste, N= nódulo, C= cáncer, S= sintomático, A= asintomático.

Lo anterior evidencia el hecho de que nuestro cuestionario no sería válido para diferenciaciones tan finas o precisas como la considerada, no estaba en la base de su construcción, tampoco, tal idea, sino la diferenciación

entre un grupo de cáncer y un grupo de control y esto se queda reflejado en este análisis: los grupos mejor clasificados son el de cáncer (C) (45.5%, el mismo que obtuvo cuando no diferenciamos los subgrupos de benigno (B) y ausencia de patología (P)) y el que podría considerarse el grupo "control" de entre los de prediagnóstico, el grupo asintomático (A) (60.9%). De igual manera, ateniéndonos a la dicotomía cáncer/ausencia de malignidad, el porcentaje de casos correctamente clasificados es del 66.2%.

Un resultado llamativo es el obtenido por el grupo de nódulo (N): ninguno de los sujetos son correctamente clasificados en este grupo, y, además, ningún miembro de otro grupo es incorrectamente clasificado como perteneciente a él.

E) ANALISIS DISCRIMINANTE CORRESPONDIENTE A LOS SIETE GRUPOS

Añadimos a los cinco grupos prediagnóstico, los grupos de cáncer bajo tratamiento (Ca) y "control" (Co). En el cuadro 3.3.5.1, partes A (superior) y B (inferior), se ofrece el resumen de resultados que pasamos a comentar.

Como se observa en la parte A, son cuatro (dependencia, inestabilidad, depresión y miscelánea) las variables seleccionadas del conjunto total de seis. Con estas cuatro variables se obtienen cuatro funciones discriminantes (parte B) de las que sólo la primera es significativa al tres por cien.

Cuadro 3.3.5.1.- Resultados del Análisis Discriminante.
 Grupos prediagnóstico (Q, N, C, S, A),
 grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) y
 grupo control (Co).

(A) RESUMEN DE PASOS

Paso no.	Variable	Lambda de Wilks	p
1	D	.94	.05
2	In	.94	.32
3	De	.93	.22
4	M	.94	.28

(B) FUNCIONES DISCRIMINANTES

F	V.P.	% relativo	r canónico	funciones derivadas	Lambda de Wilks	X	g.l.	p
				0	.92	38.64	24	.03
1	.04	48.75	.20	1	.96	19.90	15	.18
2	.03	31.63	.16	2	.98	7.65	8	.47
3	.01	15.11	.11	3	.99	1.76	3	.62
4	.01	4.51	.06					

Nota.- D= dependencia, In= inestabilidad, De= depresión,
 M= miscelánea.

En el cuadro 3.3.5.2, se presenta la adscripción de los sujetos a los distintos grupos, realizada a partir de las funciones discriminantes encontradas. El porcentaje de

casos correctamente clasificados es del 21.17%, i.e, algo menor que en el análisis previo.

Cuadro 3.3.5.2.- Análisis Discriminante con los cinco grupos prediagnóstico (Q, N, C, S, A), grupo de cáncer bajo tratamiento (Ca) y grupo control (Co). Clasificaciones porcentuales de los sujetos en los grupos a partir de las funciones discriminantes encontradas.

Grupo Actual	Grupo Predicho							SC/NC
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Q	0	26.1	21.7	4.3	21.7	4.6	21.7	56.7
2. N	3	42.4	18.2	6.1	15.2	6.1	9.1	69.8
3. C	0	18.2	36.4	0	22.7	9.1	13.6	50
4. S	1.6	19.4	22.6	11.3	22.6	6.5	16.1	61.4
5. A	0	21.7	13	4.3	43.5	4.3	13	73.8
6. Co	3.3	18	15.3	4	30.7	10.7	18	66.7
7. Ca	1.3	20.7	22	8.7	14	4.7	28.7	50.7

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 21.70%.

Nota.- Q= quiste, N= nódulo, C= cáncer, S= sintomático, A= asintomático.

El grupo de cáncer prediagnóstico (C) presenta el mismo porcentaje de casos correctamente clasificados (36.4%) que cuando considerábamos en el análisis los tres grandes grupos prediagnóstico y los grupos de cáncer bajo

tratamiento (Ca) y "control" (Co); no influye en la clasificación correcta de este grupo pues, la mayor o menor finura en la diferenciación de los demás grupos prediagnóstico. Sin embargo, sí afecta en el resto de casos: el grupo de mama bajo tratamiento (Ca) y el grupo "control" (Co) reducen su porcentaje correctamente clasificado alrededor de un 8%.

Por otro lado, la diferenciación de los grupos B (benigno) y P (ausencia de patología mamaria) conlleva decremento claro en uno de los grupos y un aumento muy importante en el otro. Los grupos Q (quiste) y S (sintomático) son los peor clasificados (0% y 11.3%, respectivamente), mientras los grupos N (nódulo) y A (asintomático) se perfilan mucho más claramente (42.4% y 43.5%, respectivamente).

El decremento del porcentaje de casos correctamente clasificados de los grupos Ca (cáncer bajo tratamiento) y Co ("control") se debe precisamente a un trasbase de los sujetos de estos grupos a S (sintomático) en el primer caso, y a A (asintomático) en el segundo. Este último caso es excesivamente llamativo, casi el triple de los sujetos correctamente clasificados en el grupo "control" (Co) se clasifican en el asintomático (A). Considerando que las mujeres de este último son personas preocupadas por su mama, existe también un alto índice de preocupación en aquellas que no han acudido al médico por tal motivo.

Refiriéndonos, de nuevo, a la dicotomía cáncer/ausencia de malignidad, el porcentaje de casos correctamente clasificados es del 61.3%.

A la vista de los distintos análisis discriminantes realizados, cabe señalar que:

a) la variable principal, es la única que aparece constantemente en los análisis sola o acompañada, es la variable dependencia; mientras que la única que no aparece en ninguno es: pensamiento desiderativo. Esto está en línea con los resultados obtenidos a nivel de análisis bivariado.

b) el porcentaje de casos correctamente clasificados disminuye a medida que aumentamos el número de grupos incluidos en el análisis. Esto resulta comprensible debido a que nuestro cuestionario no fué pensado de cara a análisis tan finos, se nos muestra su no competencia en tales casos. Sin embargo, en la comparación de grupo de cáncer bajo tratamiento y grupo control, parece mucho más potente, así como siempre que consideramos la dicotomía cáncer/ausencia de malignidad.

c) nuestros resultados distan del obtenido por GREER (1979) con pacientes prediagnóstico (72% de casos correctamente clasificados), ya mencionado, pero también es importante señalar que el método que permitió alcanzar unos y otros índices fué bien distinto; en nuestro caso nos basamos única y exclusivamente en un cuestionario de 61 ítems. GREER, aparte de la utilización de escalas de depresión, hostilidad, neuroticismo, extraversión, etc., realizó entrevistas exhaustivas donde obtenía información referida desde la ocurrencia y naturaleza de eventos stressantes hasta su respuesta sexual, trabajo y actividades de ocio.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Dos grandes apartados hemos de considerar en relación con los resultados aparecidos en este trabajo; por un lado, estarían los aspectos relacionados con el instrumento en sí, elaborado por nosotros y, de otra parte, los resultados obtenidos haciendo uso de él.

Refiriéndonos al primer gran aspecto, una serie de consideraciones son importantes. En primer lugar, cabe resaltar el hecho de que hemos obtenido un instrumento que consta de 61 ítems puntuados en una escala de 4 alternativas (nunca o nada, algunas veces o algo, frecuentemente o bastante, siempre o mucho). Son cinco los factores que componen dicho cuestionario, mas una agrupación de ítems formada por nosotros: ánimo inestable depresivo, que ha mostrado gran importancia a lo largo de los análisis, lo que justifica, a nuestro entender, su mantenimiento en la escala. Todos estos factores presentan saturaciones positivas, lo que indica que la problemática aludida por ellos es algo que está presente en las pacientes con cáncer de mama bajo tratamiento; dicha problemática está en línea con la aparecida en la bibliografía en unos casos: dependencia y depresión (DEROGATIS, 1976; ABELOFF y DEROGATIS, 1977; MORRIS, 1979; SNAITH y TAYLOR, 1985); en dirección opuesta: inestabilidad e irritabilidad, en otros (EYSENCK, 1983; PETTINGALE et al. 1984; GREER, 1979; MORRIS et. al. 1981); o bien sin ecos claros: pensamiento desiderativo. Pero, en general, recogen las dimensiones más importantes reflejadas en ella, a excepción de la ansiedad. Ausencia que, como ya indicamos, puede deberse a que no se trate de una dimensión característica de dichas pacientes sino que, mas bien, esté asociada con situaciones concretas (HEINRICH y COSCARELLI, 1983) y/o se incluya como un aspecto de la dimensión de inestabilidad o neuroticismo (EYSENCK,

1983). Por otra parte, todos los factores alcanzaron índices de consistencia interna bastante satisfactorios.

A través de los distintos análisis y como cabía esperar, puesto que era el factor más importante a nivel de varianza explicada, la variable dependencia se presenta como la más importante. Por contra, la variable menos significativa, en el sentido de que reiteradamente no presenta diferencias significativas, es: pensamiento desiderativo, algo que también era predecible.

Por otro lado, nuestro cuestionario se muestra moderadamente satisfactorio (alrededor del 60%) en la diferenciación de un grupo de cáncer frente a un grupo con ausencia de malignidad mamaria. No es competente en discriminaciones más finas. También es cierto que no pretendíamos, en un principio, una discriminación, por decirlo de alguna manera, más sutil, sino que, simplemente, nos pareció interesante tratar de establecer los límites de sus posibilidades.

En suma, si bien es cierto que mucho camino nos queda por recorrer en cuanto a la obtención de información referida a distintos aspectos (fiabilidad, validez, etc.) de nuestro cuestionario, consideramos que los primeros pasos ya se han dado y, aunque no extraordinarios (como suele ocurrir), los resultados son prometedores.

Pasando al segundo gran capítulo de este trabajo: las diferencias obtenidas entre distintos grupos, cabe resaltar los siguientes aspectos.

En primer lugar, el grupo de cáncer bajo

tratamiento no presenta diferencias en relación a un grupo sin patología orgánica conocida ("control"), a nivel de inestabilidad, depresión, irritabilidad, pensamiento desiderativo o ánimo inestable depresivo. Esto está en línea con los resultados previos obtenidos en nuestro Departamento (BARRETO, 1984; FORNER, 1984; ANDREU, 1985). Sólo aparece una diferencia significativa a nivel del factor de dependencia: el grupo de cáncer bajo tratamiento es más dependiente que el grupo sin patología orgánica conocida ("control"). Esto, además de resultar bastante comprensible en una persona enferma, guarda clara relación con estudios realizados también en nuestro Departamento, a nivel de análisis cualitativos de ítems: Barreto (1984) encuentra que las pacientes de cáncer de mama están más desamparadas en el sentido de que son más dependientes socialmente que un grupo control; FORNER et. al. (1984) obtienen como resultado que el factor más importante en el grupo de cáncer es el de "Comodidad y Dependencia", indicando prácticamente en su totalidad, "ideas irracionales que giran en torno a la dependencia de los demás bien como guía de apoyo ante sus dificultades y errores, o bien como modelo a seguir en sus pautas de actuación para superar la baja tolerancia a la frustración". Asimismo, ANDREU et. al. (1987) encuentran como un aspecto fundamental del factor "Propensión a la culpabilidad" de la escala IPAT de CATTELL, la dependencia de los demás. En definitiva, lo que parecía asomar timidamente en diversas escalas, a través de análisis cualitativos, emerge en nuestro estudio como un factor con peso específico y capaz de dar lugar a diferencias significativas.

Otra cuestión, sin embargo, es cuando nos centramos en los estadios que componen el grupo de cáncer bajo

tratamiento. En este caso, los estadios II y III no son significativamente diferentes entre sí, en función de las dimensiones de nuestro cuestionario; sin embargo, ambos se diferencian del estadio IV y del grupo control y, estos últimos, entre sí, desvelando la línea siguiente: en estadios más tempranos, las pacientes con cáncer de mama se muestran dependientes, inestables y deprimidas; la depresión es lo primero que tiende a desaparecer, transformándose de un estado continuo en uno con "altibajos". En el estadio IV, no sólo ya han desaparecido la dependencia y la depresión, sino que la inestabilidad se ha convertido en un mayor control emocional. Dos son las hipótesis plausibles aquí: por un lado, es posible que el tiempo transcurrido desde el comienzo del tratamiento sea mayor, refiriéndonos al grupo como tal, a medida que avanzamos en el estadio. Pero, también es cierto, que las mayores diferencias se establecen entre los estadios II y III por una parte, y IV por otra: la sintomatología que acompaña a la metástasis (característica específica del estadio IV) puede ser la causa de que este grupo viva una situación menos ambigua, más consistente: el tratamiento tiene una eficacia real, actual; no preventiva. Esto explicaría su mayor control emocional. En cualquier caso y evidentemente, este posible proceso no queda suficientemente constatado en un estudio "transversal"; sería muy interesante realizar estudios longitudinales, de seguimiento, para comprobar si verdaderamente esa sucesión de estados o características psicológicas es real.

Por otro lado, nos parece importante traer a colación aquí, los resultados encontrados por McCRAE (1964) en relación con los determinantes situacionales de las respuestas de control: "respecto a aquellos que se enfrentan a una pérdida, los sujetos que encaran una amenaza a su

salud o bienestar toman a menudo acciones más concretas, buscan ayuda y perseveran en el curso de una acción; controlan sus sentimientos, tratan de evitar el pensar en sus problemas y usan el humor y el ilusionismo. La amenaza más real o inmediata, en el caso del estadio IV, podría ser la causa pues, de su mayor control emocional con respecto al resto de grupos.

La inestabilidad mencionada de los estadios II y III, se presenta claramente en contra de los resultados mencionados en la bibliografía (EYSENCK, 1983; PETTINGALE et al. 1984; WATSON et al. 1984); nuestros resultados no apoyan la hipótesis de la asociación entre diagnóstico de cáncer y control emocional, este aparece como característica únicamente del estadio más avanzado; en los otros casos, sería justamente el polo opuesto.

La depresión, frecuentemente mencionada en la bibliografía (DEROGATIS, 1976; MORRIS, 1979, etc.), sólo define al estadio II, en nuestro trabajo. El problema es que en muy pocos casos queda reflejado en esos estudios los estadios que entran en juego en la muestra utilizada; en aquellos casos en que se realiza una mención, únicamente se habla de "cáncer temprano de mama", sólo podemos inferir que eliminan los estadios más avanzados pero, cuáles son, exactamente, en cada caso?

La variable irritabilidad, por último, no presenta diferencias en ninguno de los casos, con lo que nuestros resultados no apoyan la hipótesis de la asociación entre supresión de la ira y un diagnóstico de cáncer (GREER, 1979; MORRIS et al. 1981; PETTINGALE et al. 1984).

Respecto a los grupos prediagnóstico, no encontramos tampoco ninguna de las diferencias mencionadas entre el grupo de cáncer y grupo benigno o con ausencia de patología mamaria. En función de esto pues, nuestro trabajo no soporta la hipótesis de la presencia de factores psicológicos en la etiología del cáncer (GREER, 1979; MORRIS et al. 1981; EYSENCK, 1983; PETTINGALE et al. 1984; WATSON et al. 1984). Desde los resultados obtenidos, sólo podemos movernos en el terreno de las reacciones psicológicas.

Dentro de los grupos prediagnóstico, también, el resultado que nos ha sorprendido es la aparición del grupo de nódulo (y, consiguientemente, del grupo benigno) como el grupo problemático por excelencia, pero no en relación con el resto de grupos prediagnóstico sino, fundamentalmente, con respecto al grupo de cáncer bajo tratamiento y con respecto al grupo "control". Consideramos que esto requiere investigación futura. Nuestra hipótesis ante tales resultados es que, posiblemente, la mayor ambigüedad de la información en este grupo, debido al mayor problema en cuanto a su diagnóstico diferencial del cáncer, es la responsable de tal estado de perturbación psicológica. El tema de la información previa que las pacientes traían al centro diagnóstico, consideramos que es un aspecto esencial en los resultados obtenidos en estos grupos prediagnóstico y que no pudimos controlar en nuestro estudio.

En suma, creemos que se pueden perfilar dos aspectos fundamentales en función de este trabajo. Por una parte, la cuestión de la información, aunque nos movemos a niveles de hipótesis, consideramos es un aspecto crucial. Puede que no siempre y de manera absoluta, tenga un carácter adaptativo (DURA et al. 1987), pero parece no menos cierto

que: la mayor o menor ambigüedad de la misma puede conllevar claros correlatos de malestar psíquico. Este tema de la información es el asunto a tratar en el próximo trabajo planteado por nuestro Departamento, esperamos que con él se consiga despejar algunas de las incógnitas existentes en este momento.

Por otro lado, vuelven a dibujarse las características psíquicas de la paciente con cáncer de mama como las de alguien que se enfrenta a un acontecimiento vital amenazante, sin aspectos específicos que permitan hablar de una clara idiosincrasia. Creemos pues que no cabe ya centrarse más en las penas de las víctimas, sino en las estrategias activas que utilizan (WOOD, 1985), así como en aquellos pilares donde puede apoyarse ese ajuste (vgr. el soporte social). En esta tarea, consideramos que el instrumento aquí presentado puede ser de gran ayuda al hacer posible la discriminación entre pacientes mejor y peor adaptadas, en el intento de apresar las estrategias utilizadas y "circunstancias" que rodean a las primeras como punto de referencia en la "ayuda" orientada a las últimas.

ABELOFF, M. D. y DEROGATIS, L. R. (1977). Psychologic aspects of primary and metastatic breast cancer. In *Progress in Clinical and Biological Research*. (Montague, A. C. W., Stonesifer, G. L. Jnr., Lewisson, E. S. Eds.) Vol. 12: Breast cancer. New York: Alan R. Liss Inc. pp. 505-516.

ANDREU, Y. (1985). *Reacciones emocionales en las pacientes con cáncer de mama*. Tesis de Licenciatura, mimeo, Fac. de Psicología. Univ. de Valencia.

ANDREU, Y.; GALDON, M.J. y SORIANO, J. (1987). Análisis cualitativo de la ansiedad, control emocional y represión-sensibilización en las pacientes con cáncer de mama. *Primera Reunión Nacional sobre Intervención Psicológica en el Hospital General*. Murcia.

BAIDER, L. y EDELSTEIN, E.L. (1981). "Coping of postmastectomy women. A group experience". *Isr. J. Mat. Sci.* 17: 988-992.

BAIDER, L. y SARRELL, M. (1982). The validation of a social psychological instrument for the early identification of cancer patients with low coping potential. Informe de investigación, Jerusalem.

BARCIA, D. (1984). Aspectos psicológicos y psiquiátricos del cáncer. *Medicina Española*, Tomo 83.

BARRETO, P. (1984). *Factores psicológicos en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral. Mimeo. Fac. de Psicología. Univ. de Valencia.

BARRETO, P. (1984). Análisis de ítems de variables de

vulnerabilidad al stress y de depresión en pacientes con cáncer de mama. *Primeras Jornadas de Psicología Oncológica*. Barcelona.

BARRETO, P. y FORNER, E. (1986). Introducción a la Psicología Oncológica. En *Psicología Clínica: Trastornos Bio-Psico-Sociales*. Belloch, A. y Barreto, P. (Dras.). Promolibro. Valencia.

BARRETO, P.; CAPAFONS, A. e IBAÑEZ, E. (1987). Depresión y Cáncer o Adaptación y Cáncer?. *Boletín de Psicología*. 14: 125-146.

BAYES, R. (1985). *Psicología Oncológica*. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Ed. Martinez Roca. Barcelona.

BECK, A.; WARD, C.; MENDELSON, M.; MOCK, J. y ERBAUGH, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archs. Gen. Psychiatry*. 4: 561-571.

BELLOCH, A. (1987). Personalidad y Cáncer. *Primera Reunión Nacional sobre Intervención Psicológica en el Hospital General*. Murcia.

BERNHEIM, J.L. et al. (1983). The anamnestic comparative self-assessment for measuring the subjective quality of life of cancer patients. *J. of Psychosocial Oncology*. 1: 4.

BLOOM, J. R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Soc. Sci. Med.* 16: 1239-1338.

- BLOOM, J. R. (1987). Psychological response to mastectomy: A prospective comparison study. *Cancer*. 59: 189-196.
- BYRNE, D. (1961). The Repression-Sensitization Scale: rationale, reliability and validity. *J. of Personality*. 29: 334-349.
- CANNON, M. (1986). A measurement of quality of life in breast cancer patients undergoing a change in treatment for a recurrence of their disease. Proyecto de investigación del Professorial Surgical Unit of the Westminster Hospital.
- CATTELL, R.B. y SCHEIER, I.H. (1963). Handbook for the Ipat Anxiety Scale Questionnaire (Self Analysis Form). *Institute for Personality and Ability Testing*, 1602. Illinois.
- COBLINER, W. G. (1977). Psychological factors in gynecological or breast malignancies. *Hospital Physician* 13, 10: 38-40.
- COSCARELLI, C; HEINRICH, R.L y GANZ, P.A. (1983). Cancer inventory of problem situations: an instrument for assessing cancer patients rehabilitation needs. *J. of Psychosocial Oncology*. 1: 4.
- CRAIG, T.J.; COMSTOCK G.W.; GEISER, P.B. (1974). The quality of survival in breast cancer: a case-control comparison. *Cancer*. 33: 1451-1457.
- DEROGATIS, L.R.; RICKELS, K. y ROCK, A.F. (1976). The SCL-90

and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Brit. J. Psychiat.* 128: 280-289.

DEROGATIS, L.R. y MELISARATOS, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine.* 13: 595-605.

DEROGATIS, L.R. y SPENCER P.M. (1984). Psychometric issues in the psychological assessment of the cancer patient. *Cancer Supplement.* 53: 2228-2232.

DEROGATIS, L.R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J. of Psychosomatic Research.* 30, 1: 77-91.

DURA, E.; MIRA, J.M. y SORIANO, J. (1987). Un estudio descriptivo sobre el deseo de información de las pacientes con cáncer de mama y sus familiares. *Primera Reunión Nacional sobre Intervención Psicológica en el Hospital General.* Murcia.

EPSTEIN, S.S. y SWARTZ, J.B. (1981). Fallacies of lifestyle cancer theories. *Nature.* 289: 127-130.

EYSENCK, H.J. y EYSENCK, S.B.G.: EPI. *Cuestionario de personalidad.* Madrid. Tea, 1978 (original inglés 1964).

EYSENCK, H.J. (1983). Stress, disease and personality: the inoculation effect. *Stress Research.* Edited by Cary L. Cooper. John Wiley & Sons, Ltd.

EYSENCK, H.J. (1985). Personality and stress as causal factors in cancer and coronary heart disease. Institute

of Psychiatry, University of London.

FALLOWFIELD, L.J. (1987). Quality of life: the objective measurement of subjective responses to cancer and its treatment. *To be published in Cancer Topics.*

FOLSTEIN, MARSHAL, F. et al (1984). Cognitive assessment of cancer patients. *Cancer Supplement.* 53: 2250-2257.

FORNER, E. (1984). *Memoria, Pensamientos y Valores en pacientes Cancerosas.* Tesis de Licenciatura. Mimeo. Fac. de Psicología. Univ. de Valencia.

FORNER, E.; HERNANDEZ, P.; LLUCH, A.; GARCIA-CONDE, J. y BARRETO, P. (1984). Sistema de Valores e Ideas Irracionales en Pacientes Oncológicas. *Primeras Jornadas de Psicología Oncológica.* Barcelona.

FREIDENBERGS, I; GORDON, W; HIBBARD, M.R y DILLER, L. (1980). Assessment and treatment of psychosocial problems of the cancer patient: a case study. *Cancer Nursing.* 111-119.

GARZON, A. (1984). *Técnicas Instrumentales en Psicología Social.* Dpto. Psicología Social. Valencia.

GOTTESMAN, D. y LEWIS, M. S. (1982). Differences in crisis reactions among cancer and surgery patients. *J. of Consulting and Clinical Psychology.* 50, 3: 381-386.

GOTTSCHALK, L.A. (1984). Measurement of mood and affect in cancer patients. *Cancer Supplement.* 53: 2236-2242.

GREER, S. (1979). Psychological enquiry: a contribution to cancer research. *Psychological Medicine*. 9: 81-89.

HEINRICH, R.L. y COSCARELLI, C. (1984). Living with cancer: the cancer inventory of problem situations. *J. of Clinical Psychology*. 40, 4.

HERNANDEZ, P. (1984). *Personalidad y Cognición en Enfermas Cáncerasas*. Tesis de Licenciatura. Mimeo. Fac. de Psicología. Univ. de Valencia.

HOLLAND, J.C.B. (1984). Future directions. *Cancer Supplement*. 53: 2382-2384.

HUGHES, J. (1982). Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *J. of Psychosomatic Research*. 26, 2: 277-283.

IBAÑEZ, E. (1972). *Valoración Clínica de la Escala de Ansiedad de R.B. Cattell*. Tesis de Licenciatura. Mimeo. Fac. de Medicina. Univ. de Valencia.

IBAÑEZ, E. (1984). Reflexiones sobre las relaciones entre depresión y cáncer. *Boletín de Psicología*. 4: 99-117.

IBAÑEZ, E. (1987). *Psicología Oncológica: un panorama a vuelapluma*. Primera Reunión Nacional sobre Intervención Psicológica en el Hospital General. Murcia.

KHOURY, S. (1981). Historia. En S. Khoury, C. Jasmin y J. Garcia-Conde: *Cáncer*.

LUCAS, L. y BROWN, C. (1982). Assessment of cancer patients.



F.J. Keefe y J.A. Blumenthal (eds.), *Assessment Strategies in Behavioral Medicine*. New York, Grune & Stratton.

MAGES, N.L. y CASTRO, J.R. (1981). Patterns of psychosocial response to cancer: can effective adaptation be predicted?. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* 7: 385-392.

MAGUIRE, P. (1982). Psychiatric Morbidity Associated with Mastectomy. In Baum M, Kay R, and Scheurlen H (eds.) *Clinical Trials in early breast cancer* 373-380. Basel: Birkhauser Verlag.

MAGUIRE, P. (1985). The psychological impact of cancer. *Br. J. of Hospital Medicine*. 100-103.

MARKEL, W.M. (1971). The american cancer society's program for the rehabilitation of the breast cancer patient. *Cancer*. 28: 1676-1678.

MARKS, G.; RICHARDSON, J.L. y GRAHAM, J.W. (1986). Role of health locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. *J. of Personality and Social Psychology*. 51, 2: 443-450.

MCCRAE, R. (1984). Situational determinants of coping responses: loss threat, and challenge. *J. of Personality and Social Psychology*. 6, 4: 919-928.

MEYEROWITZ, B.E. y SPARKS, F.C. (1979). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. Psychosocial implications. *Cancer* 43: 1613-1618.

MEYEROWITZ, B.E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin* 87, 1: 109-131.

MEYEROWITZ, B.E. (1981). The impact of mastectomy on the Lives of women. *Professional Psychology*. 12, 1.

MITCHELL, G.U. y GLICKSMAN, A. (1977). Cancer patients: knowledge and attitudes. *Cancer*. 40: 61-66.

MORRIS, T.; GREER, S. y WHITE, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy: A two years follow-up study. *Cancer*. 40: 2361-2367.

MORRIS, T. (1979). Psychological adjustment to mastectomy. *Cancer Treatment Reviews*. 6: 41-61.

MORRIS, T.; GREER, S.; PETTINGALE, K.W. y WATSON, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *J. of Psychosomatic Research*. 25, 2: 111-127.

MORRIS, T.; BLAKE, S. y BUCKLEY, M. (1985). Development of a method for rating cognitive responses to a diagnosis of cancer. *Soc. Sci. Med.* 20, 8: 795-802.

MORROW, G.R.; CHIARELLO, R.J. y DEROGATIS, L.R. (1978). A new scale for assessing patients' psychosocial adjustment to medical illness. *Psychosocial Medicine*. 8: 605-610.

MORROW, G.R. (1980). Clinical trials in psychosocial medicine: methodologic and statistical considerations. Part III Assessing measurement techniques in

psychosocial oncology. *Cancer Treatment Reports.* 64, 2-3.

MURHY, E. y BROWN, G.W. (1980). Life events, psychiatric disturbance and physical illness. *Brit. J. Psychiat.* 136: 326-338.

NERENZ, D.R.; LEVENTHAL, H. y LOVE, R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer* 50: 1020-1027.

OBERST, M.T (1984). Patients' perceptions of care. *Cancer supplement.* 53: 2366-2375.

PELECHANO, V. (1974). El cuestionario MAE. Madrid, Fraser.

PETO, R. (1981). Les causes connues. *Santé du Monde.* septembre-octubre, 13-14.

PETTINGALE, K.W.; GREER, S. y TEE, D.E.H. (1977). Serum iga and emotional expression in breast cancer patients. *J. of Psychosomatic Research.* 21: 395-399. Pergamon Press.

PETTINGALE, K.W.; WATSON, M.; GREER, S. (1984). The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients. *J. of Psychosocial Oncology.* 2 (3/4).

PINEL, P. (1987). How do cancer patients express their points of view?. *Sociology of Health and Illness.* 9, 1.

PINILLOS, J.L. (1982). C.E.P. Cuestionario de Personalidad. Madrid, TEA.

- PRIESTMAN, T.J. y BAUM, M. (1976). Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. *Lancet* 899-901.
- RAY, C. (1977). Psychological implications of mastectomy. *Br. J. Soc. Clin. Psychol* 16: 373-377.
- ROKEACH, M. (1973). *The Nature of Human Values*. The-Free-Press. New York.
- ROSEMBAUM, M.A. (1980). A schedule for assessing self control behaviors: preliminary findings. *Behavior therapy*. 11: 109-121.
- ROTTER, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 80.
- SCHIPPER, H.; CLINCH, J.; McMURRAY, A. y LEVITT, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: The functional living index-cancer: development and validation. *J. of Clinical Oncology*. 2, 5.
- SCHOTTENFELD, D. y ROBBINS, G.F. (1970). Quality of survival among patients who have had radical mastectomy. *Cancer* 26: 650-654.
- SCHROEDER, D.H. y COSTA, P.T. Jr. (1984). Influence of life event stress on physical illness: substantive effects or methodological flaws?. *J. of Personality and Social Psychology*. 853-863.
- SNAITH, R.P. y TAYLOR, C.M. (1985). Rating scales for

depression and anxiety: A current perspective. *Brit. J. Clin. Pharmacol.* 19: 175-205.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R. y LUSHENE. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California. *Consulting Psychologists Press.*

SPINETTA, J. (1984). Development of psychometric assessment methods by life cycle stages. *Cancer Supplement.* 53: 2222-2225.

SPINETTA, J.J. (1984). Measurement of family function, communication, and cultural effects. *Cancer Supplement.* 53: 2330-2337.

SPSS-X (1986): *Statistical Package for the Social Sciences.* User's Guide. Second Ed., SPSS Inc.

STEWART, M.A.; WARE, J.E. y BROOK, R.H. (1981). Advances in the measurement of functional status: construction of aggregate indexes. *Medical Care.* Mayo, 476-488.

VAN DAM, FSAM; SOMERS, R. y VAN BEEK-COUZIJN, L. (1981). Quality of life: some theoretical issues. *J. Clin. Pharmacol.* 21: 1665-1685.

WARE, J.E. (jr). (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Services Research.* 11: 396-415.

WARE, J.E. (jr). (1976). The conceptualization and measurement of health for policy relevant research in medical care delivery. Boston: *American Association for Advancement of Sciences.*

WATSON, M. y GREER, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *J. of Psychosomatic Research*. 27,4: 299-305.

WATSON, M.; PETTINGALE, K.W. y GREER, S. (1984). Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients. *J. of Psychosomatic Research*. 28, 6: 467-474.

WEISMAN, A.D. (1976). Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *JAMA* 271, 2:187-193.

WHEATLEY, G. y CUNNING, W.R. (1974). The employment of persons with a history of treatment for cancer. *Cancer* 33: 441-445.

WINICK, L. y ROBBINS, G.F. (1977). Physical and psychologic readjustment after mastectomy. An evaluation of memorial hospitals' PMRG program. *Cancer* 39: 478-486.

WOOD, J.V. et al. (1985). Social comparison in adjustment to breast cancer. *J. Per. Soc. Psy.* 49, 5: 1169-1183.

WORDEN, J.W. y SOBEL, H.J. (1978). Ego strength and psychosocial adaptation to cancer. *Psy. Med.* 40, 8.

WORDEN, W.J. (1983). Psychosocial screening of cancer patients. *J. Psy. Onc.* 1: 4.

WRIGHT, L. (1977). Conceptualizing and defining psychosomatic disorders. *Am. Psy.* 625-628.

YATES, J.W.; EDWARDS, B. (1984). Practical concerns and pitfalls in measurement methodology. *Cancer Supl.* 53: 2376-2379.

ZUNG, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale.
Archives of general psychiatry 12: 63-70.