

TESIS DOCTORAL

**FACTORES PSICOEMOCIONALES Y AJUSTE
PSICOLÓGICO ASOCIADOS AL CÁNCER DE MAMA**



**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS
UNIVERSIDAD DE SEVILLA**

ANTONIO ZAYAS GARCÍA

SEVILLA, 2015

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS**

**FACTORES PSICOEMOCIONALES Y AJUSTE
PSICOLÓGICO ASOCIADOS AL CÁNCER DE MAMA**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

ANTONIO ZAYAS GARCÍA

Dirigida por:

DRA. D^a. ROCÍO GUIL BOZAL

**DRA. D^a. M^a DEL MAR AIRES
GONZÁLEZ**

ROCÍO GUIL BOZAL, CATEDRÁTICA DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ Y M^a DEL MAR AIRES GONZÁLEZ, PROFESORA COLABORADORA DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS, DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

INFORMAN:

Que D. Antonio Zayas García ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada "Factores psicoemocionales y de ajuste psicológico asociados al cáncer de mama", con la que opta al título de Doctor en Psicología y que, a nuestro juicio, reúne las condiciones exigibles para una Tesis Doctoral.

Lo que firman, a instancias del interesado, y para que surta los efectos oportunos, donde haya lugar, en Sevilla a 20 de septiembre de 2015.

Fdo: Dra. Dña. Rocío Guil Bozal

Fdo: Dra. Dña. M^a del Mar Aires González

Fdo: El Doctorando

*A Escolástica y Antonio, mis padres,
por animarme cada día a seguir creciendo.*

*A mis hermanas Olga y Ana,
quienes suponen un soporte incondicional en mi vida.*

*A Milagros, mi mujer y Antonio, mi hijo,
mis dos grandes motores cada día.*

*A mi abuela María,
porque estoy convencido que he llegado aquí gracias a ella.*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar mi agradecimiento para todas las mujeres que han participado de manera desinteresada en esta investigación, a pesar de las circunstancias que estuvieran viviendo, como es el padecimiento de un cáncer y los efectos secundarios de sus tratamientos. Ha sido para mí una fuente de aprendizaje el interactuar con ellas, enseñándome a valorar de una manera distinta, el sentido de la vida.

*A la **Dra. Rocío Guil Bozal**, por compartir conmigo de manera tan generosa sus conocimientos, haberme guiado por todo el camino desde los inicios de este trabajo, y haberse ofrecido para la dirección del mismo. Su disponibilidad incondicional, sin entender de días de descanso o vacaciones, su sentido del humor y optimismo aportado cuando creía que no salía del túnel, consiguiendo que pasara del estrés a la risa en cuestión de segundos, su persistencia y su gran rigurosidad en el trabajo y su amistad han contribuido muy considerablemente para que este proyecto llegue a su final. Sin duda, es un auténtico placer trabajar con alguien así, muchas gracias por permitir que te descubra y conozca como realmente eres “auténtica”.*

*Otro pilar fundamental para que este trabajo haya visto salida es la **Dra. María del Mar Aires González**. Son muchos años los que lleva compartiendo el conocimiento conmigo, desde que fue mi profesora en 1º de carrera, hasta ahora que lo ha seguido haciendo y cada vez de una manera más cercana y afectiva. Por haber estado ahí para atenderme cada vez que lo he necesitado, y siempre con sus buenas y sabias palabras y consejos que me han ido guiando por este viaje. Gracias también por su amistad tan sana y por haberme ayudado a que todo sea más fácil, haciendo que me tranquilizase cuando me sentía que esto me superaba, demostrándome que su profesionalidad en la materia era de tal calibre, que no tenía por qué preocuparme, me hallaba en buenas manos. Gracias también por la coordinación en la codirección en la que habéis, con vuestros conocimientos, puesto en pie este proyecto.*

*A la **Dra. María José López Miguel**, por haber confiado en mí desde que me conoció, por su amistad y confianza, y por haber sido la primera persona que me hizo ver que este podría ser mi camino. Gracias también por la disponibilidad incondicional, por haber ejercido de alguna manera, de mentora para mí en el campo de la investigación científica, y por compartir conmigo su saber y profesionalidad de manera tan desinteresada. Son muchos momentos buenos y algunos no tantos los que hemos compartido, y siempre me ha demostrado estar a mí lado, mil gracias por todo.*

*A mis compañeros, los profesores del departamento de Psicología de la Universidad de Cádiz, especialmente a **José Miguel Mestre**, por su hospitalidad, sus palabras de aliento y ánimo y su generosidad para conmigo. A mis compañeros del área de psicología social, **Serafín Cruces**, **Paloma Gil-Olarte**, **Sergio Sánchez**, **Carlos Guillen** y **Violeta Luque**, porque cada uno de ellos me han aportado ideas para este trabajo, así como palabras de ánimo para la continuación con el mismo. Por último, y no por ello menos importante, a dos compañeras con las que he conectado mucho en este último tiempo, y también me han mostrado su apoyo y ayuda en este trabajo, **Cristina Guerrero** y **Silvia González**. Gracias a todos, por estar pendientes de mí y de mi estado cuando me hallaba encerrado en este trabajo.*

A los Servicios de Oncología del Hospital de Jerez y del Hospital Puerta del Mar de Cádiz, especialmente a la Dra. Encarna Jiménez, jefa del Servicio de oncología de Jerez y a Elvira Troncoso, enfermera del mismo servicio, por haberme facilitado todos los recursos necesarios para el acceso a las pacientes y haberse mostrado tan cercanas, colaboradoras y amables en todo momento.

A mis padres, hermanas, sobrinos/as y amigos/as, quienes han pasado los últimos meses sin apenas contacto conmigo, y como han entendido el motivo de mi ausencia, me han estado mostrando en todo momento su apoyo para continuar con este trabajo. Gracias, sin vuestro cariño, la vida no sería tan mágica.

A Milagros, mi esposa, por haber comprendido tan generosamente lo que la palabra tiempo significaba para mí, y por haberme aguantado mis días buenos y los no tanto, dándome soporte en todo momento que lo he necesitado, sus gestos diarios hacia mí son un puro reflejo de amor. Y por último, a la persona más importante de mi vida, mi hijo Antonio, por hacerme cada día más feliz, por compartir conmigo esa complicidad y risas, y por comprender, a pesar de su edad, el por qué no he podido estar con él, el tiempo que me ha requerido en estos últimos meses. Gracias a los dos, os quiero.

A todos ellos, muchas gracias por formar parte, de una u otra forma, de mi vida, y haberme acompañado por el camino de la realización de este trabajo.

ÍNDICES

ÍNDICE DE CONTENIDOS

0. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	19
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	27
1.1. Psicología de la salud	29
1.1.1. Introducción	31
1.1.2. Evolución de los conceptos de salud y enfermedad.....	32
1.1.3. Modelo biomédico	35
1.1.4. Modelo biopsicosocial	38
1.1.5. Surgimiento de la Psicología de la Salud	41
1.1.6. Definición de Psicología de la Salud	42
1.1.7. Diferencia y relación entre la Psicología de la Salud y otros ámbitos disciplinarios afines.....	45
1.1.8. La Psicología de la Salud llevada al ámbito profesional.....	51
1.2. Enfermedad neoplásica y Psico-oncología	53
1.2.1. Introducción	55
1.2.2. La enfermedad neoplásica	56
1.2.2.1. Patogenia y evolución en la enfermedad oncológica general. 57	
1.2.2.2. Etiología del cáncer.....	57
1.2.2.3. Cifras del cáncer en España	60
1.2.2.4. Tratamientos en la enfermedad oncológica	62
1.2.2.4.1. La cirugía	63
1.2.2.4.2. Radioterapia.....	65
1.2.2.4.3. Oncología médica	68
1.2.2.5. ¿En qué consiste en el cáncer de mama?	71
1.2.2.5.1. Factores de riesgo del cáncer de mama	72
1.2.2.5.2. Aspectos médicos del cáncer de mama.....	74
1.2.3. Psico-oncología	76
1.2.4. Impacto psicosocial del cáncer.....	80
1.2.5. Representaciones sociales del cáncer	84
1.3. Factores psicosociales y emocionales implicados en el cáncer de mama	91

1.3.1. Introducción	93
1.3.2. Impacto psicológico del cáncer de mama en la mujer	94
1.3.3. Factores psicosociales relevantes en mujeres con cáncer de mama.	96
1.3.3.1. Estrategias de afrontamiento.....	98
1.3.3.2. Regulación e Inteligencia emocional.	104
1.3.3.3. Autoestima e imagen corporal.....	110
1.3.3.4. Optimismo disposicional, pesimismo y calidad de vida.	113
1.3.3.5. Resiliencia y crecimiento postraumático.....	117
1.3.4. Ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama.	125
1.3.4.1. Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y afecto positivo en mujeres con cáncer de mama.	126
1.3.4.2. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama.	132
SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO	137
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	139
2.1. Objetivos de investigación	141
2.2. Hipótesis	142
3. MATERIAL Y MÉTODO	145
3.1. Participantes.	147
3.2. Instrumentos	151
3.2.1. Material testológico	151
3.2.1.1. <i>Entrevista semiestructurada sobre datos sociodemográficos, médicos y de salud general</i>	153
3.2.1.2. <i>Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24)</i>	153
3.2.1.3. <i>Cuestionario de Regulación emocional (ERQ)</i>	155
3.2.1.4. <i>Escala de Resiliencia</i>	156
3.2.1.5. <i>Escala COPE</i>	158
3.2.1.6. <i>Life Orientation Test Revised (LOT-R)</i>	162
3.2.1.7. <i>Rosenberg Self Esteem Scale (RSES)</i>	162
3.2.1.8. <i>Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E, STAI-R)</i>	163
3.2.1.9. <i>Inventario para la depresión (BECK-II)</i>	165
3.2.1.10. <i>Escala reducida de Bienestar psicológico</i>	166
3.2.1.11. <i>Satisfaction With Life Scale (SWLS)</i>	169
3.2.2. Material informático.....	170

3.3. Procedimiento	171
3.3.1. Selección de los grupos muestrales	171
3.3.2. Procedimiento de aplicación de las pruebas	174
3.3.3. Métodos estadísticos	174
3.3.3.1. Análisis descriptivos	174
3.3.3.2. Prueba de normalidad de kolmogorov-Smirnov	175
3.3.3.3. Test de Levene.....	175
3.3.3.4. Análisis comparativos.....	176
3.3.3.5. Análisis correlacionales.....	177
3.3.3.6. Análisis de regresión	177
3.3.4. Diseño del estudio	178
4. RESULTADOS	179
4.1. Prueba de normalidad de kolmogorov-Smirnov.....	181
4.2. Análisis descriptivos de las variables psicoemocionales y de ajuste psicológico.	182
4.3. Análisis inferenciales. Resultados del objetivo 1	191
4.4. Análisis correlacionales	194
4.5. Análisis de regresión lineal. Resultados del objetivo 2.	204
4.6. Análisis de regresión logística. Resultados del objetivo 3.	206
5. DISCUSIÓN	209
6. CONCLUSIONES	243
7. RESUMEN	249
8. REFERENCIAS	253
9. ANEXOS	293

RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

1. TABLAS

Tabla 1: Distribución de las características médicas del grupo de mujeres con cáncer de mama.	145
Tabla 2: Resumen de los instrumentos psicométricos utilizados en este estudio.	146
Tabla 3: Variables cuantitativas que no siguen una distribución normal en los diferentes grupos muestrales.	174
Tabla 4: Comparación de medias de los factores psicoemocionales y de los factores de ajuste psicológico entre mujeres con cáncer y mujeres sin cáncer.	185
Tabla 5: Correlaciones entre variables psicoemocionales e indicadores de ajuste psicológico de la muestra de mujeres con cáncer de mama.	188
Tabla 6: Resumen análisis de regresión lineal de factores psicoemocionales –indicadores ajuste emocional en el grupo de mujeres con cáncer.	197
Tabla 7: Resumen análisis de regresión logística de factores psicoemocionales e indicadores ajuste emocional – cáncer de mama.	200

2. FIGURAS

Figura 1. Distribución del tipo de cáncer más frecuente en España, en población general y según sexo	57
Figura 2. La Psicooncología como disciplina intermedia entre la Oncología y la Psicología de la salud	74
Figura 3: Distribución de las características demográficas de la muestra.	142
Figura 4: Distribución de las características formativo-laborales de la muestra.	143

RELACIÓN DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Nombre
PHV	Virus del Papiloma Humano
SEOM	Sociedad Española de Oncología Médica
RT	Radioterapia
QT	Quimioterapia
IE	Inteligencia emocional
EA	Estrategias de afrontamiento
ERE	Estrategias de regulación emocional
RS	Resiliencia
A/E	Ansiedad estado
A/R	Ansiedad rasgo
BP	Bienestar psicológico

0. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

No cabe duda de que el cáncer constituye un importante problema de salud. Es la enfermedad crónica que más número de muertes causa en el siglo XXI. Su padecimiento afecta al ser humano en múltiples aspectos de la vida como en el trabajo, las relaciones interpersonales, la imagen o los hábitos diarios, ejerciendo una influencia importante en su bienestar tanto físico como psicológico.

Esta enfermedad es causante de grandes desajustes psicológicos y emocionales debido a su naturaleza crónica, la incertidumbre que trae consigo respecto al pronóstico de la misma, los efectos secundarios que producen los tratamientos utilizados para su control y remisión, y el significado o representaciones sociales de la propia palabra cáncer (Alonso y Bastos, 2011).

De hecho, es común que las personas asocien la palabra cáncer con la muerte, y es que por ejemplo, los medios de comunicación, a menudo, suelen tratar la enfermedad desde un punto de vista bastante catastrofista y poco realista. Cuantas veces se ha oído en televisión que un personaje público fallecido por causa del cáncer, lo describen como una “persona llena de vida y luchadora que no ha podido ganar la batalla”. Con ello se puede transmitir a la sociedad en general que el diagnóstico de dicha enfermedad va a ir en todos los casos acompañado por un largo y duro camino de sufrimiento que culminará en la muerte de quien lo padece. Asimismo, se infunde entre los familiares de enfermos de cáncer y las personas allegadas sentimientos de terror por la evolución y pronóstico de la enfermedad.

A todo esto hay que sumar la incertidumbre que genera el esperar resultados de pruebas médicas, tales como biopsias, o las revisiones de seguimiento de un enfermo de cáncer desde la unidad de oncología. De hecho, la incertidumbre es uno de los sentimientos más experimentado por los pacientes de cáncer a lo largo del proceso de la enfermedad. Las esperas, desde que se llevan a cabo las pruebas hasta que reciben los resultados, provoca en los pacientes una inestabilidad emocional con una gran repercusión en el propio bienestar psicológico.

Si bien es cierto que los avances en medicina en los últimos años han conseguido que haya una disminución de la mortalidad en los pacientes con

cáncer, según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2014), la representación social de esta enfermedad aún genera un importante malestar emocional a quien lo padece considerado digno de ser estudiado y atendido, para ofrecerle, no sólo tratamiento médico, sino recursos para mejorar el bienestar psicológico y reducir o prevenir los posibles cuadros psicopatológicos derivados del padecimiento de la enfermedad neoplásica.

El cáncer de mama es la enfermedad neoplásica que más se da en las mujeres en España, con las peculiaridades y especificidades que tanto el impacto de la enfermedad, como los efectos secundarios de los tratamientos pueden tener en el estado psicológico y emocional de estas pacientes. A pesar de que en los últimos años la mortalidad ha descendido notablemente con respecto a las últimas décadas del siglo XX, representa uno de los problemas de salud más importantes que junto a las enfermedades cardíacas y los accidentes de tráfico causa más índices de mortalidad.

La Psicooncología, Psicología Oncológica u oncología psicosocial es una especialidad en evolución. Tanto psicólogos como psiquiatras son los profesionales que la ejercen, y dedican su trabajo a poner en marcha intervenciones terapéuticas para abordar la psicopatología asociada a la enfermedad neoplásica, mejorar las competencias comunicativas y de interacción, y trabajar en la rehabilitación psicológica y social de los pacientes de cáncer y sus familiares (Rojas-May & Condes, 2006).

La intervención psicológica con pacientes de cáncer de mama desde sus inicios, desarrollada principalmente desde de la Psicooncología como subdisciplina derivada de la Psicología de la Salud, es algo que ha ido despertando cada vez más interés en los profesionales de la materia. Ello se refleja en un mayor énfasis en el estudio científico de todas las variables que afectan al estado psicológico de los pacientes con esta enfermedad crónica.

Llevar a cabo una intervención desde la perspectiva del modelo biopsicosocial, permite al equipo de profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales) valorar la importancia de abordar a una paciente con cáncer de mama de forma holística, y no solo como una persona que padece una patología de tipo orgánico, cuyo

tratamiento se reduce a eliminar, controlar o paliar dicha enfermedad, como se plantearía desde un modelo estrictamente biomédico.

Poner en marcha trabajos de investigación que estudien las variables psicoemocionales implicadas en enfermedades como el cáncer de mama es una cuestión que cada vez ha ido ganando más relevancia e interés en la comunidad científica.

Investigaciones de esta índole son cada vez más necesarias e importantes. El abordaje psicológico en mujeres que padecen cáncer de mama, a pesar de estar siendo estudiado desde la Psicología de la Salud, es un tema que precisa aún de un largo camino por recorrer. Es preciso avanzar en el conocimiento de su relación con todos los ámbitos de la salud, incluido el bienestar de quien lo padece.

Cierto es que en la literatura científica existen numerosos datos y estudios que ponen de manifiesto la influencia de los factores psicoemocionales y sociales en relación a diversos aspectos de la enfermedad que afectan a las mujeres que desarrollan cáncer de mama. A pesar de ello, y debido quizás a las peculiaridades y especificidades de cada enfermedad, de los efectos secundarios de los tratamientos y del impacto que pueden tener en el estado psicológico y emocional, así como en la propia identidad de la mujer, la realidad es que, en numerosos hospitales españoles, poca atención psicológica se les da a este colectivo más allá del afecto y la cercanía que pueda ofrecerle el profesional sanitario que más frecuentemente trate con ellas. Esto indica, por un lado, que dicho trato depende de la voluntad del profesional sanitario de atender a las necesidades psicológicas de estas mujeres, y por otro, la inexistencia de un protocolo de intervención que englobe los factores antes mencionados y que tan necesario es, tal y como se ha demostrado científicamente.

Se hace necesario, por tanto, contar con más trabajos de investigación que, desde una perspectiva multidisciplinar, recojan el estudio de todas las variables, psicológicas, emocionales y sociales, vinculadas a una enfermedad como es el cáncer de mama, y que muestren la importancia y el valor de esas aportaciones.

La gran mayoría de los trabajos encontrados se centran en un modelo patogénico, donde se analizan los trastornos psicológicos derivados del padecimiento de la enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos aplicados para la misma. Ello hace necesario seguir avanzando en el estudio de los aspectos en los que se pueden intervenir desde el ámbito psicológico, que favorezcan que las mujeres con cáncer de mama puedan hacer frente a la enfermedad de forma distinta. Que sean informadas y asistidas por equipos ampliamente formados para ese fin. Que sientan el apoyo de su entorno más cercano, así como la importancia de una mayor calidez y una intervención más integradora por parte de los profesionales que llevan a cabo el tratamiento de su enfermedad. Todo ello con el objeto de mejorar su calidad de vida, el bienestar psicológico y la adaptación psicológica a una enfermedad tan compleja.

El presente trabajo surge de la inquietud por profundizar en el conocimiento de las diferencias que se dan en los aspectos psicoemocionales en mujeres con cáncer de mama, respecto a las que no padecen enfermedad oncológica, así como el efecto que los citados factores ejercen en el ajuste psicológico de mujeres que han sido diagnosticadas de cáncer de mama y se encuentran en fase de tratamiento, ya sea con quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia o tratamientos combinados.

Con la realización de esta investigación se pretende, por un lado, aportar datos científicos que sirvan de punto de partida para seguir profundizando en el estudio psicológico del cáncer desde un enfoque salutogénico, y por otro, aportar información que permita sensibilizar a las instituciones públicas de la necesidad de incluir profesionales de la psicología en las unidades de oncología de los hospitales españoles, así como ofrecer a los profesionales sanitarios, especialmente a los psicooncólogos información que les pueda ser de utilidad de cara a la elaboración de programas de intervención específicos para este colectivo de pacientes.

La presente investigación está estructurada en dos partes, una primera de revisión teórica y una segunda de estudio empírico.

En la primera parte se realizará una revisión sobre el marco teórico desde el que se pretende encuadrar esta investigación. Consta de tres capítulos. El primero, denominado *Psicología de la Salud*, se centra en definir dicha subdisciplina de la Psicología, haciendo un repaso por la evolución que ha experimentado los conceptos de salud y enfermedad, la descripción de lo que postula el modelo biomédico y posterior modelo biopsicosocial, el nacimiento y surgimiento de la Psicología de la Salud, y las diferencias y similitudes entre ésta y otras disciplinas afines como son la Medicina Psicosomática, la Psicología Médica, la Psicología del Comportamiento y la Psicología Clínica, para concluir con un análisis de la aplicación profesional de la Psicología de la Salud. De este modo, con el primer capítulo se pretende dar a conocer al lector la disciplina desde la que se va a enfocar este trabajo.

El segundo capítulo se denomina *Enfermedad neoplásica y Psicooncología*. En él, se pretende abordar el cáncer desde una aproximación histórica, para posteriormente pasar a su definición, la evolución general de la enfermedad oncológica, la etiología del cáncer, las cifras de incidencia según el Informe emitido por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) en el pasado año 2014, así como los tipos de tratamiento más relevantes en el abordaje de la enfermedad (cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia). A continuación, se abordarán los aspectos médicos del cáncer de mama, así como los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollarlo. Para finalizar este apartado, se realizará un breve repaso sobre el surgimiento de la Psicooncología, su concepto y cuáles son sus principales ámbitos de actuación. El objetivo de este capítulo es ofrecer un mayor conocimiento de los aspectos médicos relacionados con el cáncer en general y el cáncer de mama en particular, así como de la subdisciplina de la Psicología de la Salud que se encarga de su abordaje psicológico.

En el tercer y último capítulo del marco teórico, se tratarán de manera general los aspectos psicosociales del adulto con cáncer, y de las representaciones sociales de la enfermedad. A continuación, ya de forma más concreta y detallada, el cáncer de mama. Inicialmente se hará un análisis sobre el impacto psicológico que sobre la mujer tiene el cáncer de mama, y, por último, se señalarán y comentarán los distintos estudios que la bibliografía

contempla sobre los factores psicoemocionales y de ajuste psicológico vinculados al cáncer de mama, como son las estrategias de afrontamiento, la regulación emocional, la inteligencia emocional, la autoestima e imagen corporal, el optimismo disposicional, pesimismo y calidad de vida, la resiliencia y el crecimiento postraumático, la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico, la afectividad positiva y la ansiedad y depresión.

La segunda parte de esta investigación constituye el estudio empírico y consta de las siguientes partes. En primer lugar se definirán los objetivos e hipótesis de trabajo formuladas. En segundo lugar, la muestra seleccionada, los instrumentos empleados y sus características, y la metodología. A continuación, la descripción y análisis de los resultados obtenidos en relación con las distintas hipótesis planteadas. Y, por último, se podrá encontrar la discusión de los resultados obtenidos en esta investigación, así como las conclusiones extraídas de la misma, sus limitaciones y líneas futuras de trabajo. Todo ello constituye el estudio empírico que se ha realizado respecto a las variables psicoemocionales y el ajuste psicológico en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

P PRIMERA PARTE:

MARCO TEÓRICO

1.1. Psicología de la salud

1.1.1. Introducción

Al plantearse el estudio del cáncer desde un punto de vista psicosocial, no se pueden obviar aspectos tales como el estilo de vida del enfermo oncológico, los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes en su proceso de adaptación a la enfermedad, el apoyo social que perciben recibir, el papel que juegan los factores de riesgo y protección psicosociales tanto en el desarrollo de la enfermedad, como en la evolución y pronóstico de la misma, la repercusión en su autoestima, o la influencia de las características de personalidad, entre otros. De estos y otros aspectos se llevará a cabo una revisión en profundidad, haciendo hincapié en las distintas investigaciones que relacionan dichos aspectos psicosociales y emocionales con el cáncer, formando parte de la fundamentación teórica del presente trabajo de investigación. En este sentido, no cabe duda del importante papel que juega la Psicología de la Salud en la forma que se va a tratar el cáncer en este trabajo.

Como se verá en capítulos posteriores, es a partir de las aportaciones de dicha disciplina, junto a otras, como es la propia Oncología Médica, de donde nace la Psicooncología, una subespecialidad de la Oncología, que por una parte atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios del cáncer, de sus familiares y del personal sanitario que les atiende (enfoque psicosocial), y por otra parte, se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad de dicha enfermedad (enfoque biopsicológico) (Álvarez, Robert , & Valdivieso , 2013). Cruzado (2003) señala que la Psicooncología es una disciplina intermedia entre la Oncología y la Psicología de la Salud. Es por ello que para situar al lector del presente trabajo, se considera crucial llevar a cabo una breve revisión tanto del origen, como de la evolución histórica que ha ido experimentando la Psicología de la Salud a lo largo del tiempo.

Para realizar este acercamiento al concepto de Psicología de la Salud, se comenzará abordando la evolución de los conceptos de salud y enfermedad, dado que la mayoría de los autores que se han dedicado a explorar esta área, coinciden y parten de la base de que este es el origen de esta disciplina derivada de la Psicología. Concretamente, defienden que tiene su base en el

cambio que ha experimentado a lo largo del tiempo el concepto de salud y el interés que ha ido despertando, por el papel que juegan los procesos psicosociales en el binomio salud-enfermedad (León, 2004).

De igual modo, se abordarán los dos grandes modelos que han imperado en la conceptualización y abordaje del binomio salud-enfermedad. Por un lado el modelo biomédico y por otro, el más reciente y el que incluye de manera más directa los factores psicológicos y sociales que rodean a la persona, el modelo biopsicosocial.

1.1.2. Evolución de los conceptos de salud y enfermedad

La Psicología de la Salud surge en un contexto en el que se manifiesta que la “salud” no se refiere únicamente a aquellos mecanismos que se ponen en marcha para reparar los distintos fallos biológicos del organismo, sino que también se tiene en cuenta todo aquello que la persona puede llevar a cabo, al fin de prevenir la enfermedad y por ende, fomentar el bienestar general.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud, no sólo aludiendo a ella como la ausencia de enfermedad, sino más bien como un estado de bienestar físico y psicológico (Amigo, 2012). Por tanto, ya se puede observar un cambio en dicho concepto, en el que se incluye el componente psicológico y social. Concretamente la OMS, desde una concepción holística e integradora, entiende la salud como “*un estado de bienestar físico, psicológico y social*”. En la actualidad, la salud se concibe como el mayor grado posible de bienestar, tanto físico, como psicológico y social, y de capacidad funcional que permitan los factores sociales que rodean el contexto del individuo y la colectividad, de ahí la necesidad de una intervención psicosocial a la hora de tratar enfermedades y trastornos en el ámbito clínico (Rodríguez, 1995).

Según Amigo, (2012), realizando un repaso histórico, se puede observar como el modo de entender la salud que propone la Psicología de la Salud está esbozado en culturas muy distintas a la nuestra. Ya en la antigua Grecia se consideraba que la mente y el cuerpo estaban unidos, por lo que se influían mutuamente. En este sentido, Hipócrates (460-370 a.c.) prestigioso símbolo en

la profesión médica de la época, definía la salud como un estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior, y la enfermedad la consideraba como la ruptura de esa armonía por razones naturales, incluyendo tanto causas biológicas como relativas al comportamiento del individuo y su propia personalidad.

Mucho antes, en China, también se desarrolla una concepción naturalista de salud que evolucionó de manera independiente a las nociones desarrolladas en el mundo occidental. En esta tradición el concepto clave es el balance de fuerzas opuestas. La enfermedad se da cuando se produce una ruptura de dicho balance, valga como ejemplo cuando el cuerpo sufre mucho calor o mucho frío, experimenta un acontecimiento emocional, o se produce un desequilibrio en su estilo alimenticio (Amigo, 2012). Como se puede observar, esta perspectiva concibe mente y cuerpo como dos entes completamente unidos, de manera que la salud física está influenciada por los componentes emocionales y conductuales de las personas. En la medicina China actual sigue vigente esta forma de entender la salud y la enfermedad (Pachuta, 1989).

En la Edad Media, en el mundo occidental, esta concepción naturalista de la salud sufre un giro importante hacia una perspectiva dualista del ser humano. Se postula que, dentro de cada individuo, hay un espíritu eterno que vive dentro de un cuerpo finito. El poder creciente de la Iglesia Católica en todos los ámbitos de la sociedad en aquella época, hizo cada vez más dominante este enfoque espiritualista (Amigo, 2012). Ejerció tanta influencia en la práctica médica que, en el año 1939, el Papa Inocencio II dictó una norma por la que prohibía a los sacerdotes dispensar medicamentos, con el objetivo de que se dedicaran más intensamente a las prácticas propias de su ministerio (Shelton, Anastopoulos y Elliot, 1991).

Amigo (2012) señala que la enfermedad era considerada como resultado de la violación de una ley divina y la curación como el resultado de la fe y arrepentimiento del pecado. Se consideraba que el pecado era el patógeno y la absolución el tratamiento. En la actualidad, aunque no es lo frecuente, aún se pueden ver resquicios de la huella que esta visión de la enfermedad ha dejado. En los medios de comunicación se ha podido ver recientemente a un

sacerdote hablando sobre la enfermedad originada por el pecado, apelando el origen del cáncer que se diagnosticó al político español Pedro Zerolo, en un programa de televisión de un canal denominado "ProdigiOTV", por su condición homosexual y la defensa de éste hacia los derechos del colectivo, siendo esto un pecado que origina la enfermedad, según la opinión del religioso y con el apoyo del presentador.

Durante el Renacimiento (siglos XV y XVI) se retoma una cierta conceptualización de la enfermedad en términos naturalistas. Emerge una visión holística del fenómeno salud-enfermedad, cobrando gran relevancia en el pensamiento médico como un residuo ancestral notablemente desnaturalizado (Amigo, 2012). Gil (1996) señala el Renacimiento como una época importante en la que tuvo lugar un cambio en la historia de la medicina, dándose facilidad al auge y consolidación, así como una absoluta primacía, al modelo biomédico. Por lo que se infiere que el modelo biomédico se apoya en el dualismo cartesiano. Cuerpo y mente son entidades distintas que funcionan de forma independiente una respecto de la otra. La mente es vista como un ente abstracto, relacionada con los pensamientos y las emociones, sin capacidad de influir en el cuerpo (León, 2004). Es René Descartes (1596-1656) quien plantea este dualismo, en la que el cuerpo es una realidad física y la mente una realidad espiritual. Teniendo en cuenta esta visión, la enfermedad sólo puede ser entendida como un fallo en el cuerpo o realidad física, siendo la tarea del profesional de la salud (médico), la de arreglar dicho fallo orgánico, con una perspectiva bioquímica, y obviando la influencia de los factores psicológicos y sociales.

A pesar de las limitaciones que presenta el modelo biomédico tal y como se plantearán a continuación, es importante recalcar que, como señala Amigo (2012), este modelo de la enfermedad ha aportado grandes beneficios a la humanidad, dado que hay enfermedades que gracias al avance científico han podido ser erradicadas o controladas, habiendo un importante decremento de la tasa de mortalidad en el mundo occidental, así como por ejemplo, a través de la cirugía se ha podido tratar e incluso controlar y curar enfermedades que años atrás eran mortales.

Como se ha podido comprobar y tal y como señalan Palacios-Espinosa y Castaño (2013), tanto la salud como la enfermedad son constructos sociales que han ido evolucionando con el paso del tiempo, por lo que, en consecuencia, sus abordajes se van ajustando y van cambiando junto a ellos. Se considera que la salud es el aspecto más importante que las personas pueden tener, mientras que la enfermedad, y más si es crónica, como algo horrible, o lo peor que puede pasar en la vida.

Las conductas que las personas presentan respecto a las enfermedades y la salud, se aprenden desde la infancia en un contexto social formado por todo el entorno que le rodea, con connotaciones particulares. En consecuencia, un abordaje únicamente de tipo psicológico individual con el enfermo, en un solo ámbito de su enfermedad, ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre las conductas y las enfermedades. Todo esto se explicará desde el concepto integrador del Modelo Biopsicosocial, que propone un acercamiento sistémico a la enfermedad y enfatiza la interdependencia del factor físico, psíquico y social que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles (Rodríguez, Martínez & Valcárcel, 1990). En los apartados siguientes abordaremos los aspectos fundamentales de tales modelos.

1.1.3. Modelo biomédico

Tal y como indica Engel (1977), el modelo biomédico se explica a partir de dos supuestos. Por un lado, el **dualismo cartesiano** y por otro, el **reduccionismo biológico**. Respecto al primero, del que se ha hecho referencia anteriormente, plantea que el cuerpo y la mente son entidades distintas que funcionan de manera independientes una de la otra. La mente es vista como un ente abstracto, relacionada con los pensamientos y las emociones y sin capacidad alguna de influir sobre el cuerpo. Por otra parte, el reduccionismo biológico postula que todo problema de salud que pueda presentar el ser humano tiene un origen orgánico, biológico. Expone que la enfermedad se reduce a un funcionamiento inadecuado de los procesos fisiológicos, desequilibrios bioquímicos internos o involuntarios o como reacción

a patógenos externos como pueden ser las bacterias o virus (León, 2004). A modo de ejemplo y en relación al tema central del presente trabajo, el cáncer, según el modelo biomédico, es un fenómeno de naturaleza física, en el que la proliferación incontrolada de células, fruto de una mutación genética, termina causando un daño a los órganos y tejidos del organismo. El componente emocional del enfermo, su reacción ante la enfermedad y la adherencia al tratamiento, son aspectos que aunque han mostrado en los últimos años su relación tanto con el desarrollo de la enfermedad como con su evolución y pronóstico, son completamente obviados por este modelo (Amigo, 2012). Desde este enfoque, la enfermedad está causada por factores biológicos y sin relación con los aspectos psicosociales. Cuando un individuo se queja o presenta síntomas subjetivos, está expresando o exteriorizando el desequilibrio biológico subyacente. Se entiende que lo biológico puede afectar o condicionar el aspecto psicológico, sin bien no admite la relación inversa. Por poner otro ejemplo relacionado con la enfermedad oncológica, el modelo biomédico admite que el cáncer pueda originar tristeza e infelicidad, sin embargo no considera que dicho estado de ánimo tenga relación o influencia en su desarrollo, evolución o pronóstico (León, 2004).

Otro aspecto a resaltar respecto a lo que propone este enfoque, es que considera que una persona no tiene responsabilidad sobre su propia salud, y que la enfermedad va a desarrollarse independientemente de sus hábitos. Con ello ignora todo lo relacionado con la prevención de ciertas patologías orgánicas que pueden estar relacionadas con el componente conductual del individuo, entre ellas diferentes tipos de cáncer.

Engel (1977) señala las siguientes limitaciones que considera presenta esta perspectiva biomédica cuando hace referencia a la enfermedad:

1. *El criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anormalidades bioquímicas.* Es decir, no tiene en cuenta que estas alteraciones bioquímicas, si bien han de ser atendidas necesariamente, no son suficientes para realizar un diagnóstico completo y exacto. Por poner un ejemplo, un paciente con unos elevados niveles de tensión arterial se diagnostica como

hipertenso, sin embargo se está obviando que esos niveles pueden estar condicionados por el estado emocional del paciente.

2. *El diagnóstico del estado físico depende también, en gran medida, de la información que proporciona el paciente.* A pesar de que la exploración por parte del médico, las pruebas de diagnóstico por imagen, o las de laboratorio son cruciales para determinar si existe determinada enfermedad en un paciente, también hay que tener en cuenta lo que la persona pueda o sea capaz de comunicar al profesional sanitario. La habilidad del médico para extraer y recabar información en su entrevista clínica con el paciente, y su capacidad para interpretar los determinantes psicoemocionales y culturales de los síntomas es decisivo en la exactitud del diagnóstico.
3. *Ignora la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de las personas.* No atiende a la relevancia del impacto que los acontecimientos vitales estresantes ejercen sobre el organismo.
4. *El modelo biomédico también puede fracasar a la hora de determinar la recuperación de la salud después de la enfermedad.* Se puede presuponer que la enfermedad desaparece cuando se han equilibrado las alteraciones fisiológicas. Ahora bien, esto no siempre es así, como es el caso del dolor crónico, donde las consecuencias a nivel social, podrían mantener la queja en el individuo.
5. *El resultado del tratamiento también se verá influido decisivamente por la relación médico-paciente.* Para el enfoque biomédico lo importante es el uso de fármacos, o de pruebas físicas, sin embargo, la relación que se establece entre el médico y el paciente es decisiva, dado que de ella depende la actitud de colaboración del individuo ante el tratamiento. Asimismo, hay que tener en cuenta que las reacciones a la conducta del médico pueden dar lugar a cambios psicofisiológicos que pueden alterar la evolución de la enfermedad. En esta línea, los requerimientos de insulina de un diabético pueden fluctuar, de manera considerable,

según la percepción que el paciente tenga de su relación con el médico (Engel, 1977).

1.1.4. Modelo biopsicosocial

Ante las insuficiencias y dificultades que presenta el modelo biomédico, han sido numerosos los autores que ponen de manifiesto la necesidad de formalizar una nueva forma de conceptualizar la salud y la enfermedad, que permita comprender y controlar más detalladamente esta última (Jasnoski & Schwartz, 1985; Berquin, 2010). Lo que se pretende fundamentalmente es superar el dualismo cartesiano, con opciones y con matices diferentes, aunque conservando los aspectos positivos del modelo biomédico (Amigo, 2012).

De esta manera surge el llamado modelo biopsicosocial, que otorga un importante reconocimiento al papel de los diversos factores psicológicos y sociales en la aparición y mantenimiento de enfermedades, haciendo hincapié en un pensamiento sobre la salud en términos bien diferentes a los propuestos por el modelo biomédico. Se hace necesario desarrollar un enfoque que aborde la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales como determinante principal de la salud y la enfermedad (León, 2004).

Bishop (1994) define el modelo biopsicosocial como “un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles” (p.60-61).

Reig (2005), pone de manifiesto que el modelo biopsicosocial postula que es el conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales los que determinan la salud y la enfermedad.

Otro de los aspectos destacables es que la emergencia del modelo biopsicosocial supone un cambio desde un enfoque patogénico sobre los aspectos relacionados con la salud, a un modelo salutogénico (Antonovsky, 1996).

Siguiendo al mismo autor, las principales características diferenciadoras de los modelos biopsicosocial y biomédico son las siguientes:

- a) *Rechazo del reduccionismo del modelo biomédico.* Hace hincapié en la importancia que cada nivel (biológico, psicológico y social) tiene en la salud, insistiendo en su multicausalidad. El modelo biomédico ignora cualquier causa que no sea biológica como originaria de la enfermedad. Sin embargo, este enfoque más salutogénico, muestra mayor interés por otras posibles causas, no reduciéndolas a las alteraciones bioquímicas del organismo, y teniendo en cuenta aspectos tales como el estado emocional del individuo, hábitos de vida o características de personalidad, entre otros.
- b) *Evita el dualismo mente-cuerpo,* y enfatiza la interconexión entre los dos sistemas. Por ejemplo, el cáncer de mama afecta tanto al cuerpo (sistema celular), como a la mente (estado de ánimo, entorno familiar, o social). Desde este enfoque, se asume que los estilos de vida, o el modo de vivir, suponen variables significativas para que se inicie el curso de una enfermedad. Asimismo, se hace referencia a cómo estos aspectos pueden prevenir o suponer factores de protección ante el posible desarrollo de determinadas enfermedades. A modo de ejemplo, podríamos señalar cómo la evitación del estrés, el consumo de alcohol y el tabaco, permite prevenir problemas cardiovasculares.
- c) *Introduce el concepto de autorregulación,* dado que cada sistema está orientado a lograr un equilibrio en su funcionamiento. Sostiene que el individuo tiene un papel activo en lo que compete a su salud (responsabilidad). Este modelo se interesa por conocer los comportamientos más adecuados para estabilizar y optimizar la salud, fomenta la asunción de responsabilidades personales en cuanto a la salud, tal y como se indicaba anteriormente. Un ejemplo para que se entienda mejor lo que se quiere exponer es cómo el individuo que asume la responsabilidad de fumar, está

aumentando las posibilidades de contraer una enfermedad, como el cáncer de pulmón.

- d) *Enfatiza tanto la salud como la enfermedad*, dándole gran importancia a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud.
- e) *Desde el modelo biopsicosocial, la salud es un problema social y político*, cuyo abordaje y solución atañe necesariamente a la participación activa y solidaria de la comunidad (Barriga, 1988).

Este modelo sostiene que la salud se consigue cuando se da una cobertura de las necesidades biológicas, psicológicas, y sociales del individuo, y no como un don que le es concedido (Amigo, 2012).

En cuanto al enfoque que realiza el modelo biopsicosocial de la investigación, Amigo, (2012) señala que:

“El modelo biopsicosocial sostiene que para comprender los resultados en el dominio de la salud y la enfermedad, se deben tener en cuenta todos los procesos implicados y se deben tratar de medir los tres tipos de variables” (p.24), refiriéndose a la variable biológica, psicológica y social. Esto es importante, dado que si no se lleva a cabo de esta manera el investigador puede atribuir a determinadas variables un protagonismo principal.

En líneas generales, los diferentes autores que intentan llevar a cabo una comprensión del proceso de interacción de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, adoptan la *“teoría general de sistemas”*. Según esta teoría todos los niveles de organización están relacionados entre sí jerárquicamente y un cambio a cualquier nivel afectará a todos los demás (Amigo, 2012). Desde este enfoque la salud, la enfermedad y la atención sanitaria serían procesos interrelacionados que dan lugar a cambios en el organismo, que a su vez provocan cambios en otros organismos.

Por otro lado, el modelo biopsicosocial sostiene que un buen diagnóstico ha de hacerse de manera multidisciplinar, teniendo en cuenta las tres variables contempladas. Respecto a las recomendaciones para el tratamiento también han de tenerse en cuenta los tres aspectos. Por tanto, se trata

fundamentalmente de ajustar el abordaje de la enfermedad a las necesidades individuales de cada persona (Amigo, 2012).

Para concluir, se hace necesario señalar que el modelo biopsicosocial da una importancia significativa a la relación que el paciente tenga con el profesional sanitario. Una adecuada relación entre ambos, puede mejorar la adhesión del enfermo al tratamiento, la efectividad del mismo, y disminuir el tiempo de recuperación.

Por tanto, teniendo en cuenta lo expuesto, se puede inferir que la investigación que se va a llevar a cabo para el presente trabajo de tesis doctoral, tiene sus bases en este modelo. Se pretende abordar el estudio de la enfermedad, en este caso el cáncer de mama, atendiendo a la relación que tienen los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

1.1.5. Surgimiento de la Psicología de la Salud

En un contexto interesado por un modelo integrador de salud, como el que se acaba de ver, surge el nacimiento de una disciplina llamada Psicología de la Salud (Ballester, 1998). Ello coincide con la propuesta que se lleva a cabo a finales de los sesenta de considerar la Psicología como una profesión sanitaria y del reconocimiento del papel fundamental que el comportamiento humano juega tanto en el mantenimiento de la salud, como en el origen y desarrollo del proceso de enfermedad (Amigo, 2012).

Amigo (2012) propone tres razones fundamentales para la emergencia de la Psicología de la Salud:

En primer lugar señala que, desde mediados del siglo XX, se asistió a un cambio en la preocupación sanitaria. El interés por las enfermedades infecciosas se desplazó hacia el estudio de las patologías crónicas con etiología pluricausal, relacionadas con el estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. El aumento de estos trastornos, como el cáncer o los problemas cardiovasculares, es una consecuencia de comportamientos y

hábitos poco saludables o insanos que, actuando sinérgicamente, incrementan la probabilidad de aparición de la enfermedad.

En segundo lugar expone que este tipo de enfermedades y patologías crónicas, así como sus tratamientos, van acompañadas de una serie de cambios importantes en el estilo y calidad de vida de quien las padece y a los que deben adaptarse.

Por último hace referencia a la insuficiencia del modelo médico al entender a la enfermedad como un desorden biológico o un desajuste bioquímico, no mostrándose capaz de abordar adecuadamente los trastornos crónicos que han emergido con bastante fuerza a lo largo del siglo XX (Amigo, 2012).

Por todo ello, la Asociación Americana de Psicología (APA) creó en 1978 la división 38 de Psicología de la Salud, publicándose un año más tarde su primer manual *Health Psychology. A Handbook* (Stone, Cohen y Alder, 1979). Posteriormente, en el año 1982, aparece la revista de esta división de la APA, *Health Psychology*, que sigue publicándose periódicamente en la actualidad.

1.1.6. Definición de Psicología de la Salud

Al abordar la conceptualización de la Psicología de la Salud, no se puede obviar que son numerosos los autores que han realizado diversas propuestas de definición. A continuación se van a mostrar algunas de las más destacadas, aunque como se podrá observar, casi todas comparten lo que consideran aspectos fundamentales de esta disciplina.

Una de las primeras definiciones que se aportan de Psicología de la Salud, es la ofrecida por Matarazzo (1980, p.815), quien considera que con este término se está haciendo referencia a:

La suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de

la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de políticas sanitarias.

En 1988, Stone la define como la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a la problemática de salud, agrupando dichas actuaciones en torno a tres grandes núcleos:

- a) *Nivel de la intervención:* refiriéndose al proceso desde la investigación básica en salud hasta la evaluación de programas de salud, pasando por el diseño, la selección y la ejecución de los mismos.
- b) *Objetivo de dichas intervenciones:* que se pueden centrar en el paciente concreto, en los individuos relacionados con él, en los profesionales sanitarios, en aspectos psicosociales de las propias organizaciones de salud, o en la totalidad del sistema de salud.
- c) *Tipo de intervenciones desarrolladas,* que van desde la modificación de los procesos psicofisiológicos anómalos por medio de la biorretroalimentación, la elaboración de programas de modificación de actitudes y comportamientos no saludables, hasta la puesta en marcha de campañas de educación y promoción para la salud dirigida a cierta población.

León y Medina (2004), definen la Psicología de la Salud como una integración de contribuciones, que a pesar de ocuparse de distintos aspectos del comportamiento, comparten la misma dimensión del concepto de salud. Entre ellas los autores destacan:

- Poner de relieve que la salud es un asunto social, que depende de factores socioculturales, y no algo que cada persona pueda alcanzar sin tener en cuenta su contexto social.
- Recalcar la función social de la salud, ya que supone la creación de unas estructuras orientadas al desempeño de esas funciones. El sistema sanitario es la infraestructura de los recursos que hace posible la política sanitaria.

- Destacar que la salud es un proceso de desarrollo de recursos que potencian la autorrealización de los individuos, grupos y comunidades. Es decir, la salud como herramienta que hace posible un estilo de vida facilitador del control adaptativo de la homeostasis fisiológica de los individuos, del desarrollo de su capacidad funcional, y de su competencia conductual y psicosocial para hacer frente a las demandas del medio.
- Tener en cuenta que la salud es lograr el más alto nivel de bienestar físico, mental y social, en función de las condiciones históricas, culturales y sociales en las que se encuentra inmerso el individuo y la colectividad.

Otra definición más reciente es la de Oblitas (2008). Para esta autora, la Psicología de la Salud es (p.10):

El ámbito o campo de especialización de la Psicología que pone en marcha los principios, técnicas y el conjunto de conocimientos científicos desarrollados por ésta, al proceso de evaluación, diagnóstico, prevención, explicación, intervención y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otra conducta relevante para los procesos de salud y enfermedad, en los diversos contextos en que éstos puedan tener lugar.

Así, teniendo en cuenta las diferentes aportaciones que llevan a cabo los autores mencionados sobre la definición de Psicología de la Salud se podría decir que se trata de una disciplina dentro de la Psicología que se encarga de poner en marcha los conocimientos teóricos y científicamente corroborados, al objeto de abordar la salud y la enfermedad desde un enfoque holístico, teniendo presente el contexto en los que se dan, así como las posibles repercusiones psico-emocionales que se puedan derivar de la enfermedad física y viceversa. Dicho enfoque presentaría cuatro ejes fundamentales de trabajo: la promoción de la salud, la prevención y el abordaje de la enfermedad, el origen de los problemas de salud, y el estudio del funcionamiento de los sistemas sanitarios y las políticas de salud.

León y Medina (2004), consideran que la Psicología de la Salud tiene los siguientes objetivos:

- Elaborar un marco teórico que posibilite y facilite:
 - Una valoración o evaluación de la conducta como factor determinante de la salud y la enfermedad.
 - Predecir los factores de protección y de riesgos para la salud.
 - Comprender el papel de los aspectos psicosociales en la experiencia de la enfermedad y en la terapia y rehabilitación de la misma.
- Poner en práctica dicho marco teórico al objeto de:
 - Promocionar estilos de vida saludables y previniendo la enfermedad.
 - Tratar la enfermedad y recuperación del paciente.
 - Mejorar los servicios de salud.

Dentro de este apartado resulta de especial importancia considerar un concepto relacionado con el que se está abordando, pero que presenta matices diferentes como es el de *Psicología Social de la Salud*. En este sentido, se puede decir que es un área específica de la Psicología, que se enmarca dentro del estudio de la Psicología de la Salud, y que emerge de la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la Psicología Social a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en dicho marco, cuyo objetivo es estudiar las interacciones implicadas en el proceso salud/enfermedad (Rodríguez-Marín, 1995).

1.1.7. Diferencia y relación entre la Psicología de la Salud y otros ámbitos disciplinarios afines.

La Psicología de la Salud no es la única rama de la Psicología que se ha encargado de estudiar los procesos de salud y enfermedad. Existen otras disciplinas tales como la Psicología Médica, la Psicología Psicosomática, la

Psicología Conductual o Psicología del Comportamiento, y la Psicología Clínica.

En este apartado se intentará revisar algunos de los aspectos que tienen en común estas disciplinas con la Psicología de la Salud, así como las diferencias que se dan entre ellas.

En primer lugar, se va a prestar atención a la **Medicina Psicosomática**, termino aportado por Heinroth en el año 1918 (Reig, 1981). Con esta disciplina se lleva a cabo el primer intento de estudiar científicamente las relaciones existentes entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas (Amigo, 2012). Concretamente se centra en las relaciones que se dan entre los aspectos psicológicos y las estructuras somáticas. Se han dado dos momentos en la evolución de esta disciplina (Lipowski, 1986). Una primera etapa que va desde el año 1935 al 1960 y que se encuentra fuertemente impregnada por la influencia del psicoanálisis. Este periodo se centró fundamentalmente en el estudio del origen y patogénesis desde una perspectiva psicodinámica. Se asumía que el origen de algunas enfermedades orgánicas estaban determinadas por las características de personalidad, los conflictos interpersonales, o las propias formas de responder ante los mismos (Amigo, 2012). Es decir, si existía cierta predisposición biológica a contraer una enfermedad determinada, al sumarle los tres aspectos mencionados podría originarse la misma. Uno de sus representantes más destacados en aquella etapa fue Alexander, quien postulaba que entre las enfermedades que podían considerarse de origen psicosomático se encontraban el asma, la neurodermatitis, la úlcera de duodeno, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión esencial y la diabetes (Amigo, 2012). Así, Alexander (1952) describía el estilo emocional de los hipertensos de la siguiente manera (p.150):

La contención de sus impulsos hostiles continuará y consiguientemente aumentará en intensidad. Esto induciría al desarrollo de medidas defensivas más fuertes para mantener controladas las agresiones acumuladas. A consecuencia del grado de las inhibiciones, estos pacientes son menos efectivos en sus actividades ocupacionales y por esta razón tienden a fracasar en las

competiciones con otros, de tal forma que se estimula la envidia y se intensifican sus sentimientos hostiles que han logrado mejores resultado que ellos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el conflicto central estaría relacionado con la represión de los impulsos hostiles de autoafirmación, donde la correspondiente conducta agresiva no llegaría nunca a desencadenarse, por lo que el individuo se quedaría en un estado de alerta fisiológica que terminaría provocando el trastorno (León & Medina, 2004). Pasada esta primera etapa se empieza a observar un cambio de orientación en la Medicina Psicosomática, a partir del año 1965. Se van dejando atrás las aportaciones y formulaciones del Psicoanálisis en la explicación del origen de la enfermedad, en busca de una fundamentación más sólida de conocimiento, planteándose la necesidad de buscar herramientas terapéuticas que fuesen eficaces para abordar las enfermedades psicosomáticas. Amigo (2012) señala que este cambio de orientación se puede ver en los objetivos que Lipowski (1977) señala como correspondientes a la Medicina Psicosomática, y entre los que se encuentran los siguientes:

1. El estudio del papel de los factores psicológicos, biológicos, y sociales en la homeostasis del ser humano.
2. Una aproximación integradora a la práctica de la medicina.
3. Una relación con la práctica psiquiátrica de consulta-apoyo.

A pesar de que se da una evolución de la Medicina Psicosomática, se pueden encontrar diferencias fundamentales con la Psicología de la Salud, ya que la primera se centra en el tratamiento de la enfermedad mientras que la segunda pone más énfasis e interés en la salud y la prevención. La Medicina Psicosomática pretende concienciar a médicos y psicólogos de la interacción que se da entre las emociones y las patologías orgánicas, centrándose por tanto, como se ha indicado anteriormente, en la enfermedad. Además, solo atiende a una pequeña categoría de enfermedades, con lo que se ven reducidas las posibilidades de que esta disciplina pueda abordar la salud en su sentido más amplio (Amigo, 2012). Por poner un ejemplo, la Medicina Psicosomática se hace cargo de la evaluación y tratamiento de los pacientes

que tienen una colitis ulcerosa como consecuencia del estrés experimentado en su día a día por motivos laborales, familiares, o económicos.

En segundo lugar se va a hacer referencia a la **Psicología Médica**. Según Asken (1979), el objetivo de esta disciplina es estudiar aquellos factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel individual, grupal y sistémico. El autor expone que la Psicología Médica tiene como foco de interés las áreas académicas, de investigación, intervención, aplicación y enseñanza. A pesar de ello, la Psicología Médica no ha podido englobar todo el campo de trabajo de la Psicología de la Salud, ni la conceptualización de su objeto de estudio (Amigo, 2012). La Psicología Médica no prioriza la intervención sobre la salud, obviando el papel de otras profesiones clínicas en el cuidado de la salud, subordinando el campo psicológico al médico y confundiendo el objeto de estudio con la competencia profesional (Gil, 1996).

En tercer lugar, se puede encontrar la **Medicina del Comportamiento**. Este término fue utilizado por primera vez en el año 1973 por Lee Birk, como sinónimo y complemento de las técnicas de biofeedback, reconociéndose así la importancia que tuvo la bioretroalimentación en el nacimiento de este área (León & Medina, 2004). Hasta los años ochenta, ambos términos se usaban casi de manera indistinta para referirse a la actual forma de abordar la salud desde un enfoque biopsicosocial (Amigo, 2012). Sin embargo, en la actualidad, la delimitación disciplinaria y conceptual entre Medicina del Comportamiento (Medicina Conductual) y Psicología de la Salud está más clara. Esta disciplina nace como una extensión de la teoría conductista, centrándose en el comportamiento de salud y enfermedad, en las relaciones contingentes que mantienen y los cambios necesarios que habría que introducir en las mismas para modificar dichos hábitos y comportamientos. A pesar de que no se van a describir, sí resaltar que en el año 1974 se desarrollaron dos programas pioneros en Medicina del Comportamiento, uno orientado a la clínica, vinculado a la creación en la Universidad de Pennsylvania, del *Center for Behavioral Medicine*, por John Paul Brady y Ovide F. Pomerleau (Pomerleau, 1982), y el otro dirigido a la investigación básica, que se desarrolló en el *Laboratory for the*

Study of Behavioral Medicine, en la Universidad de Stanford, por Agras en 1982 (León & Medina, 2004).

Por otro lado, Roth (1990) indica que la Medicina del Comportamiento tiene una dimensión social, dada la vinculación de la salud con los factores socioeconómicos, culturales y políticos. En la práctica clínica, esta disciplina pone en marcha técnicas de modificación de conducta para la valoración, prevención y tratamiento de la enfermedad física o alteraciones psicofisiológicas, haciendo uso además del análisis funcional de los comportamientos, para comprender qué conductas están asociadas a los trastornos orgánicos y problemas en el cuidado de salud (Pormelau & Brady, 1979). Siguiendo este último sentido, Schwartz y Weiss (1978, p.4) formulan una definición de Medicina Conductual bastante completa, y exhaustiva, dándole cabida a sus características esenciales:

La medicina conductual es un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de esas técnicas y ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Contemplando esta definición se pueden observar ciertas diferencias respecto a la Psicología de la Salud. Por un lado, la Medicina Conductual es un campo interdisciplinario, mientras que la Psicología de la Salud es una rama de la Psicología. Por otro lado, según la definición anterior, parece centrarse más en la fase terapéutica de la enfermedad, siendo la Psicología de la Salud una disciplina cuyo objeto principal es la promoción de la salud (Godoy, 1999). Kaptein y Van Rooijen en 1990, exponen que el término de Medicina Conductual suele ser usada por investigadores y clínicos que desarrollan su profesión en el ámbito médico, hospitalario o facultades de medicina, sin embargo, el término de Psicología de la Salud suele ser asumido por los psicólogos que se dedican a la investigación en los diferentes departamentos existentes en las Facultades de Psicología. Dado que el presente trabajo de investigación se desarrolla desde un enfoque psicológico, se va a hacer uso del

término de Psicología de la Salud. Sin embargo, en la práctica profesional cotidiana estos dos términos no son tan distantes.

En cuarto y último lugar se va a mencionar la **Psicología Clínica**. Pelechano (1996) señala que, en relación a la delimitación de los campos de la Psicología de la Salud y la Psicología Clínica, existe una gran polémica en España. A pesar de que comparten varias funciones, así como bases teóricas, también es cierto que existen diferencias significativas entre una y otra. Es frecuente entre el personal sanitario que confundan ambas disciplinas o que las metan dentro de un mismo paquete.

A continuación, se va a intentar definir si se trata de disciplinas distintas, o si cualquiera de ellas puede asumir los contenidos y tareas de la otra. Ante esta polémica se han decantado dos posturas opuestas. Por una parte ciertos autores sostienen que no está justificada la creación de una nueva especialidad de la Psicología de la Salud ya que la Psicología Clínica puede abarcar todas las competencias y funciones que persigue la Psicología de la Salud (Belloch, 1996; Botella, 1996; Echeburúa, 1996; Blanco-Picabia, 1996). Amigo (2012) expone que entre los argumentos que se dan para defender esta posición se encuentran, por un lado, que no existen elementos suficientes que diferencien adecuadamente la Psicología Clínica de la Psicología de la Salud, por otro, que la Psicología Clínica puede englobar a la Psicología de la Salud, quedando únicamente fuera del ámbito de la primera, la prevención. Por otro lado, asume que la Psicología clínica trata los trastornos mentales, y la psicología de la salud está orientada al tratamiento psicológico en el caso de enfermedad física, lo que supondría volver a asumir el dualismo mente-cuerpo. Es decir, que lo único que se intenta cambiar es la etiqueta, sin que ello venga acompañado de un cambio en las funciones del profesional de una disciplina u otra. Por último este autor indica que la Psicología de la Salud en este país ha tomado un camino equivocado dado que se está centrando en gran medida en la enfermedad, dejándose a un lado, aquellos aspectos y actuaciones dirigidas a la prevención (Amigo, 2012).

Sin embargo, la realidad dista en gran parte de esta última postura ya que, por ejemplo, en España los psicólogos especialistas en Psicología Clínica

se encargan fundamentalmente de intervenir sobre los trastornos mentales, sean estos causados por enfermedades físicas o no, como es el caso del tratamiento psicológico del paciente oncológico, que no haya desarrollado un cuadro psicopatológico.

Sin ir más lejos, para la realización del presente trabajo de investigación se ha contactado, como se abordará posteriormente en el apartado de metodología, con los servicios de oncología de dos hospitales de la provincia de Cádiz, para tener acceso a la muestra. Los profesionales sanitarios de dichos hospitales, especialmente oncólogos, alertan de la necesidad que presenta el Sistema Nacional de Salud de Psicólogos de la Salud, sin que tengan que ser éstos, Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica. Sus experiencias cuando deciden derivar a un paciente oncológico al Servicio de Salud Mental, es que el psicólogo clínico advierte estar especializado en tratar trastornos mentales, al igual que el psiquiatra, sin embargo, no se ven capacitados para el abordaje psicológico de un paciente que no presenta trastornos mentales, pero sí ha sido diagnosticado de cáncer, y dicha enfermedad ha tenido unas repercusiones importantes en sus estados emocionales. Por tanto, a pesar de no tratarse de cuadros psicopatológicos, sí dan lugar a un decremento en el bienestar psicológico del paciente y su entorno, por lo que requieren de intervención por parte de profesionales de la psicología.

Es por ello que, en el polo opuesto, diversos autores argumentan distintas razones para justificar la existencia de una Psicología de la Salud que sea independiente a la Psicología Clínica, defendiendo básicamente el enfoque biopsicosocial (Gil 1996; Pelechano, 1996).

1.1.8. La Psicología de la Salud llevada al ámbito profesional.

Tal y como se ha indicado, en España actualmente es complicado separar la práctica profesional del psicólogo clínico y el de la salud. Recientemente se ha creado en España la figura del Psicólogo General Sanitario (PGS), cuyas funciones son las de evaluación e intervención en

aquellos aspectos del comportamiento del paciente que influyan directamente en la promoción o mejora de la salud, siempre y cuando éste no requiera de la intervención de un especialista. A pesar de que esto aparentemente puede interpretarse como que el PGS posee competencias en la intervención y evaluación en trastornos mentales, no es así, dado que para ello está el especialista en psicología clínica. Las funciones del PGS se reducen a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, quedando más claramente dividida ambas disciplinas y habiéndose regulado legalmente de alguna manera la figura del psicólogo de la salud.

Por último, se considera importante resaltar que dentro del marco teórico de la Psicología de la Salud, así como en el de la Psicología Clínica, ha emergido una nueva disciplina cuya investigación y desarrollo se encuentra actualmente en auge, la Psicooncología, materia que se centra en el papel que juega la Psicología en relación al cáncer. Este tema será abordado de manera detallada en apartados posteriores.

1.2. Enfermedad neoplásica y Psico-oncología

1.2.1. Introducción

Una vez expuesto en el capítulo anterior cómo se va a abordar la enfermedad en el presente trabajo, es decir desde un enfoque biopsicosocial, y desde la disciplina de la Psicología de la Salud, en el presente capítulo se va a llevar a cabo una descripción del cáncer de mama y del papel de la Psico-oncología en este proceso. De esta forma, se pretende ofrecer al lector un mayor conocimiento sobre el mismo, así como de los principales factores psicoemocionales estudiados en relación a los pacientes que padecen cáncer.

No obstante, antes de adentrarse a describir las peculiaridades del cáncer de mama y las características psicológicas que presentan las pacientes que tienen esta enfermedad, se considera importante hacer mención primero a la enfermedad oncológica general. Inicialmente se va a llevar a cabo un breve repaso histórico sobre el cáncer y sus primeros descubrimientos, conocer cuáles son los procesos que se dan en el organismo para que se desarrolle el cáncer (oncogénesis) y la etiología del mismo. También se considera relevante aportar datos sobre la incidencia de los distintos tipos de cáncer en España, para finalmente enumerar y explicar los distintos tipos de tratamientos que se han mostrado eficaces y que se suelen poner en marcha en la actualidad para tratar a los pacientes oncológicos.

A continuación, se profundizará en el surgimiento de la subdisciplina que se dedica al abordaje psicosocial y emocional del paciente con cáncer, la Psico-oncología. Donde se abordará su definición y se enumerarán cuáles son las funciones principales que cumplen los psico-oncólogos para con este tipo de pacientes.

Posteriormente se tratará el impacto psicosocial del cáncer en los pacientes bien debido al significado y las implicaciones que tiene el diagnóstico en la persona, bien por los efectos que los tratamientos tienen sobre ellos.

Por último, se llevará a cabo un breve recorrido teórico sobre las representaciones sociales que se tiene del cáncer en general con el objeto de entender cómo estas pueden afectar a las personas que rodean al enfermo, o a la propia persona que padece la enfermedad.

1.2.2. La enfermedad neoplásica

El cáncer es una enfermedad que, como se ha constatado, ya existía hace miles de años, y aun hoy, en el siglo XXI, suscita temor entre la población a nivel mundial. Y es que, con el paso de los años, se ha ido posicionando como la enfermedad más frecuente de la era moderna, contando con una mortalidad muy alta (Palacios-Espinosa & Castaño-Rodríguez, 2013).

Ya Hipócrates (460-370 A.C.), prestigioso símbolo de la medicina y la profesión médica en la historia, hacía referencia a enfermedades y tumores de piel, estómago, cervix, mama y recto, siendo él quien estableció el término de “carcinoma” y el de “metástasis” (Camps, Sánchez, & Sierra Pérez, 2006).

El término cáncer proviene de la palabra griega “Karkinos”, equivalente al término latino *cáncer*, cuyo significado es cangrejo. De acuerdo con Galeno, procede del parecido entre las venas hinchadas de un tumor exterior, y las patas de un cangrejo, y no como se cree a menudo porque la enfermedad metastásica se arrastre y desplace como un cangrejo de río. El cangrejo es un animal que se adhiere, caminando lentamente de un lado a otro de manera silenciosa y, aún en el siglo XXI, continúa siendo un símbolo de representaciones sociales (Camps et al., 2006; Palacios-Espinosa & Castaño Rodríguez, 2013).

Son numerosas las definiciones que han ido aportando los diferentes autores sobre el cáncer. Una de las primeras, y más acertadas, es la de Ewing (1931), quien definía un tumor como un nuevo crecimiento autónomo de tejido.

Sería muy complejo y largo de enumerar las diferentes definiciones aportadas a lo largo de estos últimos años, por lo que se ha considerado acertado optar por la definición que aporta la OMS recientemente (2015), la cual define el cáncer de la siguiente manera:

Cáncer: es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir

partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

1.2.2.1. Patogenia y evolución en la enfermedad oncológica general.

En la célula originaria, una exposición a determinados factores etiológicos produce una serie de transformaciones que van a dar lugar a la proliferación incontrolada de aquella, y por tanto, el origen de una neoplasia. El organismo cuenta con distintos factores que van controlando el crecimiento celular, así como los que se encargan de la destrucción de células aversivas, como pueden ser los factores inmunitarios (Die & Die, 2003). Siguiendo a los mismos autores, la formación de una neoplasia da lugar a un desequilibrio entre los factores de crecimiento y los de destrucción, lo que lleva al crecimiento desmesurado de un clon celular.

Die y Die (2003) señalan que la carcinogénesis es un proceso muy complejo con numerosas y múltiples fases en las que se han reconocido distintas alteraciones moleculares, genéticas y cromosómicas.

1.2.2.2. Etiología del cáncer.

Cuando se habla de “neoplasia” se hace referencia a un nuevo crecimiento. Las células neoplásicas tienen una capacidad de proliferación más elevada que la de tejidos normales (Die y Die, 2003).

Las causas que pueden provocar cáncer son muy numerosas, es por ello que se van a exponer las más relevantes, como son las propuestas por Die y Die (2003) quienes destacan, como las principales, las siguientes:

Por un lado, los **factores inmunitarios**. En circunstancias normales, el sistema inmune participa en el reconocimiento y la destrucción de células aberrantes, por lo que alteraciones en el sistema inmunológico de los pacientes impiden la destrucción de estas células extrañas al organismo, facilitando así

su proliferación. En 2004, Robert Schreiber establece el concepto de *inmunoección del cáncer*, haciendo referencia a las tres fases del proceso: a) la *eliminación* o vigilancia del sistema inmune hacia las células malignas; b) el *equilibrio*, donde las células cancerosas han acumulado suficientes alteraciones como para resistir a la muerte celular medida por el sistema inmunológico y sobrevivir en un estado estacionario; y c) el *escape*, donde las células tumorales han alterado su inmunogenicidad y presentan mecanismos inmunodepresores de tal forma que se da un crecimiento del tumor y un aumento de su agresividad (Raval, Sharabi, Walker, Drake y Sharma, 2013).

En segundo lugar, Die y Die (2003) refieren los **factores infecciosos**. Plantean que ciertos virus y parásitos pueden estar involucrados en la oncogénesis, provocando el desarrollo de antígenos tumorespecíficos en la membrana y citoplasma de células infectadas. Zur (2009) señala que, en el contexto de la microbiología, también cobra gran relevancia el cáncer, dado que un 20% de los casos en el mundo son atribuibles a agentes infecciosos. Se señala también que los agentes infecciosos no son etiológicos del cáncer, aunque sí cofactores importantes para su desarrollo. Die y Die (2003) llevan a cabo la siguiente clasificación de virus y agentes infecciosos relacionados con el proceso de la oncogénesis:

- **Virus de Epstein-Barr (VEB):** normalmente aparece implicado en carcinomas nasofaríngeos y en el linfoma de Burkitt, habiendo indicios de su asociación con la enfermedad de Hodgkin y el carcinoma laríngeo. Por otro lado, Genitsch, Novotny, Seiler, Kröll, Walch y Langer (2015) hallaron una asociación importante de este virus con el carcinoma gástrico, si bien no encontraron resultados estadísticamente significativos que lo relacionaran con el cáncer de esófago o de la unión gastroesofágica.
- **Papiloma virus humano (PHV):** los subtipos 6, 11 y 16 están relacionados con el cáncer de la cavidad oral y de la faringe, pero la principal relación de este virus es con el cáncer de cérvix (Die & Die, 2003; Maestre, Cabrera, Mateo y González, 2012). El PHV constituye uno de los grupos virales más frecuentes en el mundo que afectan a

la piel y mucosas, sumando más de 80 serotipos (Maestre, Cabrera, Mateo y González, 2012). Estos mismos autores señalan que existen otras variantes del PHV que es transmitido por vía sexual y que pueden representar un grave y serio problema de salud, al tratarse de un oncogénico, reconociendo que las series 16 y 18 originan hasta el 95% de los cánceres cervicouterinos y anogenitales (Vega & Mata, 2014).

- **Virus de la Hepatitis B y C:** están fuertemente asociados con la génesis del hepatocarcinoma celular (Die & Die, 2003; Luján, 2014).
- **Retrovirus linfotrópicos de Celulas T:** el más significativo el VIH, se relaciona con el sarcoma de Kaposi y con linfomas no Hodgkin (Die & Die, 2003) y con leucemias de células T en adultos (Luján, 2014).
- **Helicobacter Pylori:** a esta bacteria se le responsabiliza de la mayoría de linfomas gástricos del tejido linfoide asociado a mucosas (Die & Die, 2003; Luján, 2014), y como un posible factor etiológico del adenocarcinoma de estómago (Die & Die, 2003).

A partir de estas evidencias, se considera importante aumentar la precaución y revisión de determinados órganos y tejidos, en caso de haber padecido alguna infección por parte de los virus y bacterias mencionadas. Finalmente, destacar que existen más relaciones entre microorganismos y distintos tipos de cáncer, si bien, dado el elevado número de estudios existentes sobre esta temática, y que no se trata de un tema primordial para la consecución de los objetivos marcados en el presente trabajo, solo se han nombrado los más significativos.

En cuanto a los **factores físicos**, Die y Die (2003) indican que, entre otros, la ingestión de cáusticos, inflamaciones crónicas por cuerpos extraños, como prótesis y asbestos, traumatismos repetidos, factores físicos que provocan alteraciones directas sobre el ADN y su replicación, facilitan la aparición de neoplasias.

También se señalan **factores químicos**, como carcinógenos orgánicos e inorgánicos, el tabaco y la polución atmosférica. Dado que el aire respirado contiene gran cantidad de carcinógenos químicos, se considera un importante factor relacionado con la aparición de algunos tumores malignos (Die & Die, 2003).

Factores hormonales. El inicio de relaciones sexuales de manera precoz, la promiscuidad y un elevado número de embarazos, se ha mostrado relacionado con el cáncer de cérvix (Die & Die, 2003). La menarquia temprana y la menopausia tardía también pueden guardar relación con el desarrollo del cáncer de mama y el de endometrio. Por otro lado, la nuliparidad ha mostrado relación con el cáncer de mama, endometrio y ovario (Die & Die, 2003; Rodríguez & Carpuso, 2006). Siguiendo a los mismos autores, la edad tardía del primer embarazo y la utilización de estrógenos en la edad menopáusica se han señalado igualmente como factor de riesgo del cáncer endometrial.

Finalmente, en relación a los **factores familiares y étnicos**, Die y Die (2003) indican que las características genéticas que son heredadas, y modificadas por el ambiente u otros carcinógenos externos, pueden contribuir a la aparición y progresión de un cáncer. Por ejemplo, el cáncer de mama familiar comprende entre un 5 y un 10% de todos los cánceres mamarios. La mayoría son debidas a mutaciones de los genes BRCA-1 y BRCA-2. En el caso del cáncer de mama el riesgo de padecerlo aumenta en 1.8 veces por cada integrante de primer grado con antecedente de cáncer de mama (Torres-Arreola & Vladislavovna-Dubova, 2007).

Como se puede apreciar, existen numerosos agentes etiológicos que pueden actuar y actúan como favorecedores de la aparición de distintos tipos de neoplasia, si bien, hay que tener en cuenta que en cada tipo tumoral probablemente actúe más de un agente (Díaz & García, 2000).

1.2.2.3. Cifras del cáncer en España

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), edita todos los años las cifras sobre el cáncer en nuestro país, informando sobre la incidencia,

prevalencia y mortalidad de los cánceres más frecuentes, con el objetivo de que la población general disponga de dicha información por su gran valor en diferentes ámbitos.

En el último Informe, editado el pasado año 2014, aparece que los datos de incidencia del cáncer en España en 2012 eran de 215.534 casos (alrededor de 2/3) en pacientes de edad mayor o igual a 65 años, con una tasa estandarizada por edad de 215,5 casos por 100.000 habitantes por año, y un riesgo de presentar cáncer antes de los 75 años de 25,1%.

En cuanto a la predicción para 2015 es de 227.076 casos; pudiéndose apreciar un aumento en la población de esta edad (mayor o igual a 65 años) y una predicción de 108.390 casos de muerte. Según la SEOM (2014), el incremento puede deberse al crecimiento y envejecimiento de la población.

En cuanto al sexo, la incidencia es mayor en hombres que en mujeres, manteniéndose dicha relación en el incremento previsto para 2015.

En la figura 2 se puede observar los 5 cánceres más frecuentes en España en 2012 (siguiendo un orden decreciente), en la población en general y también diferenciado por sexo.

Hombre	Mujer	Ambos Sexos
Próstata	Mama	Colorrectal
Pulmón	Colorrectal	Próstata
Colorrectal	Cuerpo de Útero	Pulmón
Vejiga	Pulmón	Mama
Estomago	Ovario	Vejiga

Figura 1. Distribución del tipo de cáncer más frecuente en España, en población general y según sexo (SEOM, 2014).

Como se puede observar, en el caso de las mujeres, el cáncer de mama es el más frecuente en este país (marcado en negrita en la tabla), es por ello, tal y como se ha mencionado en el apartado de introducción y justificación, que se trata de uno de los motivos, entre otros, por lo que se ha decidido centrar

esta tesis doctoral en este tipo de cáncer. Concretamente, por la alta incidencia que presenta actualmente en España.

Finalmente y para concluir este apartado, indicar que, según informa la SEOM (2014), aunque la tendencia de la incidencia del cáncer a nivel mundial ha sido a la alza, la tendencia de la mortalidad en España ha ido disminuyendo desde la década de los 90. Dicha disminución puede ser explicada por el avance de la medicina en relación a los tratamientos, la inclusión de la intervención psicosocial, y los adelantos y evolución de las campañas de detección precoz en los diferentes tipos de cáncer.

1.2.2.4. Tratamientos en la enfermedad oncológica

Dada la frecuencia con la que se da conocer a alguna persona cercana que haya padecido algún tipo de cáncer, la población general suele tener cierto conocimiento sobre los diferentes tipos de tratamientos que se llevan a cabo para combatir o paliar la enfermedad oncológica. Sin embargo, en la literatura científica consultada, son escasos los trabajos que revelen la información exacta de la que dispone la población general sobre los tratamientos y efectos secundarios de los mismos. Por ese motivo, en la presente investigación se ha preguntado a un grupo de personas no enfermas de cáncer por el grado de conocimiento que creen tener sobre las diferentes estrategias terapéuticas y los efectos adversos de las mismas, si bien dichos datos no se tendrán en cuenta por no formar parte de los objetivos fundamentales del estudio, sí han hecho reflexionar acerca del conocimiento de la población general sobre la enfermedad y sus tratamientos, y ha generado la necesidad de ampliar un poco más de lo habitual este apartado. Dichos datos serán atendidos en futuros trabajos de investigación.

El primer aspecto que Die y Die (2003) dejan claro respecto a este tema, es que el tratamiento óptimo en la mayor parte de los casos de cáncer es el multidisciplinario, en el que entran en juego las distintas especialidades médicas oncológicas, como son la Cirugía, la Radioterapia oncológica y la Oncología médica. En este sentido, son imprescindibles los protocolos terapéuticos elaborados por distintos especialistas médicos, como los

patólogos, radiólogos, ginecólogos o urólogos, entre otros, indicados para cada tipo de cáncer. En dichos protocolos se incluyen la mayor parte de casos diagnosticados y, aquellos que no cumplan los requerimientos del mismo, son discutidos en un Comité de Tumores (organismo que elabora un plan terapéutico y que es imprescindible en cualquier hospital que disponga de unidad de oncología) (Die & Die, 2003).

Como se ha mencionado, los tratamientos más frecuentes incluyen la cirugía, la radioterapia (RT) y la oncología médica (que incluye la quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia principalmente). La cirugía y la radioterapia actúan sobre los tumores a nivel local o regional y la oncología médica tiene un efecto más sistémico. Gran parte de los tumores requerirán un tratamiento con dos o tres abordajes diferentes y únicamente un reducido grupo necesitará un único tipo de tratamiento (De Vita, Hellman y Rosenberg, 1984).

A continuación se van a presentar los distintos tipos de tratamientos, según la clasificación propuesta por los autores Die y Die (2003). Se comenzará exponiendo la cirugía, como forma de abordar el cáncer, para posteriormente describir la radioterapia y los tratamientos de oncología médica.

1.2.2.4.1. La cirugía

La *cirugía oncológica* es una rama de la Oncología General y una especialización de la Cirugía General, siendo el arma terapéutica más eficaz para la cura o abordaje de los diferentes tipos de cáncer (Die, 2003). El papel de la especialidad de cirugía en el manejo del cáncer ha ido evolucionando desde su intervención en el diagnóstico y tratamiento, hasta ser parte de los equipos multidisciplinares que intervienen en la prevención, rehabilitación y/o reconstrucción, así como del tratamiento paliativo (Abugattas & Dunstan, 2013).

Hossfeld, Sherman, Love y Bosch (1992), así como Die (1991), clasifican la cirugía oncológica en diez tipos:

- **Cirugía diagnóstica:** se puede poner en marcha a través de diferentes métodos, desde una punción, una laparotomía, toractomía o

craneotomía, al objeto de obtener muestra del tejido tumoral y poder dar un diagnóstico cierto. Abugattas y Dunstan (2013) distinguen dentro de este tipo de cirugía: la biopsia por aspiración con aguja fina, la biopsia por aguja “core”, la biopsia Incisión y Escisión, Biopsia de ganglio centinela, biopsia endoscópica y laparoscopia.

- **Cirugía clasificadora:** es la que se lleva a cabo al objeto de valorar la extensión del tumor y poder aplicar el tratamiento más efectivo.
- **Cirugía preventiva:** es la que actúa sobre lesiones precancerosas de necesidad o sobre las que existe un gran potencial de malignización. Se trata de la eliminación a nivel preventivo de un órgano, previo a su transformación maligna, aumentando su aplicación en razón de la identificación, cada vez más frecuente, de diversas mutaciones (Abugattas & Dunstan 2013).
- **Cirugía de ayuda:** este tipo de cirugía no es terapéutica, tal cual, si bien favorece la aplicación de otros procedimientos que sí lo son. Por ejemplo, la colocación de un catéter o un reservorio para administrar quimioterapia.
- **Cirugía curativa:** es aquella que se pone en marcha con un intento de curar el cáncer. Por ejemplo, las resecciones totales de órganos con amplias linfadenectomías, o una lobectomía en un cáncer diferenciado de tiroides.
- **Cirugía reductora, de comprobación y de tumor residual:** una de sus máximas aplicaciones se da en el cáncer de ovario y tumores germinales. Se trata de extirpar la mayor parte posible de masa tumoral, reduciendo el volumen, al fin de conseguir unos mejores resultados y mayores efectos de la quimioterapia. También se usa para comprobar el efecto de la quimioterapia, pasado unos meses de administración de la misma, y para poder extirpar todos los vestigios de tumores residuales.
- **Cirugía de las recidivas:** se suelen llevar a cabo para curaciones adicionales en tumores tratados y recidivados, con su mayor

expresión en la resección de recidivas tras tratamiento conservador del cáncer de mama.

- **Cirugía de la metástasis:** se indican fundamentalmente en las metástasis hepáticas del cáncer colorrectal y en las pulmonares de sarcomas.
- **Cirugía paliativa:** es aquella que se pone en marcha para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por ejemplo, las obstrucciones digestivas, urológicas o respiratorias pueden aliviarse mediante técnicas quirúrgicas. Abugattas y Dunstan (2013) señalan que esta cirugía está dirigida a pacientes con enfermedad incurable o progresiva, para disminuir o hacer desaparecer el malestar provocado por dolores y síntomas de la misma.
- **Cirugía reconstructora:** se trata de procedimientos que deben ofrecerse al paciente para recuperar una función o con el fin de mejorar la estética. La reconstrucción mamaria tras una mastectomía podría ser un claro ejemplo de este tipo de cirugía.

En cuanto a las técnicas empleadas en los distintos tipos de cirugía, cabe señalar que han ido evolucionando en los últimos años de manera considerable, convirtiéndose las intervenciones quirúrgicas de determinados cánceres en menos invasivas, como puede ser la cirugía laparoscópica en pacientes con cáncer colorrectal (Arribas, Díaz Pizarro, Muñoz-Hijonosa, Valdés-Castañeda, Cruz-Ramírez y Marie, 2014), la cirugía a través del LASER, la terapia fotodinámica, la ablación por radiofrecuencia, o la cirugía a través de nitrógeno líquido (Abugattas & Dunstan, 2013). Sin embargo, no se considera relevante abordar la evolución experimentada en dichas técnicas, dado que se aleja del objeto de estudio del presente trabajo de investigación, y porque el objetivo perseguido en este capítulo es dar a conocer al lector los distintos tipos de cirugía que tradicionalmente y en la actualidad se ponen en marcha para el tratamiento del cáncer.

1.2.2.4.2. Radioterapia

Las radiaciones poseen una capacidad de producir radicales libres que actúan ocasionando roturas de enlaces de moléculas biológicas, provocando esto una inactivación celular, o lesiones más o menos reparables. (Die & Die, 2003).

La radioterapia consiste en aplicar radiaciones ionizantes para el abordaje del cáncer, incluyendo la paliación del dolor y de otros efectos nocivos tumorales, así como también de diversas patologías benignas. El efecto principal de la radiación es el daño del ADN que condiciona la muerte e inactivación de las células cancerosas. Hoy día la radioterapia ha avanzado a nivel tecnológico de manera relevante, en precisión y calidad de la irradiación. (Pelayo, 2013).

Die y Die (2003) indican que la radioterapia puede ser radical, complementaria, o paliativa, consistiendo, según estos autores, cada una de ellas en lo siguiente:

- *Radioterapia radical*, con intento curativo e indicada fundamentalmente para los tumores de alta o moderada sensibilidad a las radiaciones, como pueden ser los carcinomas.
- *Radioterapia complementaria* a la cirugía. Se puede administrar antes o después de la cirugía, al fin de disminuir el riesgo de recidiva local o regional. Su principal indicación es el cáncer de mama cuando se hace tratamiento conservador y en tumores de recto-sigma, cérvix, endometrio, vejiga, cabeza y cuello, páncreas, pulmón y sarcomas de partes blandas.
- *Radioterapia paliativa*. Suelen ser tratamientos de corta duración y en dosis moderadas, indicadas principalmente como antiálgico en tumores primitivos o secundarios y en metástasis óseas. También se puede usar como tratamiento urgente, para evitar paraplejas, descomprimiendo estructuras afectas de tumor en la compresión medular por metástasis vertebrales.

En cuanto a los tipos de técnicas de radioterapia, siguiendo a los mismos autores, clasifican seis tipos de técnicas diferentes:

- **Radioterapia externa:** la más frecuentemente usada. Se emplea un haz de radiación producido por un isótopo radiactivo, el Cobalto 60, emitiendo radiación gamma. Además se usan los Aceleradores Lineales que emiten rayos X o electrones, los cuales tienen una potencia superior al Cobalto.
- **Braquiterapia:** introducción en algunas cavidades (radiación endocavitaria) o en la masa tumoral (radiación intersticial) de fuentes de radiación a corta distancia, producida por isótopos radiactivos como el Iridio (I 192), el Cesio (Cs 137) y el Iodo (I 125). La endocavitaria se aplica principalmente en cáncer de cérvix, endometrio, vagina, esófago y bronquios, y la intersticial en tumores de labio, piel, próstata, lengua y sarcomas.
- **Radioterapia metabólica:** se trata de administrar por vía oral o intravenosa un isótopo radiactivo que se fija en determinados órganos por el trofismo de éstos por el isótopo. Se ha usado el Fósforo radiactivo (P 32), indicado para el cáncer de ovario avanzado, aunque su uso ha decaído. Los principales cánceres para los que están indicados estas técnicas son el de tiroides con el Iodo radiactivo (I 131) y los tumores óseos con el Estroncio radiactivo (Sr 89).
- **Radioterapia Corporal Total (TBI):** se aplica como complemento a la quimioterapia y del trasplante medular en leucemias, linfomas y mielomas, utilizándose en tres o cuatro sesiones de forma fraccionada.
- **Radioterapia Intraoperatoria (IORT):** es necesario una cirugía de ayuda para poder aplicarse. Consiste en una radiación a dosis única que puede complementarse con radiación externa, en la que se utiliza un haz de electrones dirigido directamente al tumor mediante un cono de metacrilato que localiza el área exacta en la que se quiere irradiar. Puede tener actuación sobre tumores irreseables, como paliación, o

sobre el lecho quirúrgico de un tumor extirpado, al fin de reducir la posible recidiva local. Dentro de sus principales indicaciones, Die y Die (2013) identifican los sarcomas retroperitoneales, cánceres de los órganos pélvicos, tumores gástricos, pancreáticos, pulmonares y de las vías biliares. La ventaja principal es que se irradia la zona tumoral sin afectar a los tejidos cercanos que estén sanos.

- **Radioneurocirugía:** indicada en pequeños tumores cerebrales, primarios y metastásicos.

La radioterapia provoca en los órganos y tejidos irradiados reacciones precoces inflamatorias agudas, como epitelitis, mucositis o neumonitis, así como otras más tardías con arteritis actínicas crónicas, que ocasionan lesiones irreversibles, como fibrosis pulmonares o cistitis, entre otras. Una inadecuada cicatrización o necrosis de tejidos irradiados son consecuencias terribles cuando un paciente ha de ser sometido a una intervención quirúrgica.

1.2.2.4.3. Oncología médica

Se trata de usar sustancias químicas o biológicas que actúen sobre distintos tipos de cánceres, de forma sistémica. Hay algunos casos, como leucemias, linfomas, entre otros, en los que la quimioterapia es un tratamiento de primera línea, si bien, hay otros muchos casos en los que son complementarios a la cirugía y/o radioterapia (Die & Die, 2003).

Estos autores indican que hay diversos modos y técnicas dentro de la Oncología Médica para el abordaje o tratamiento de los diferentes tipos de cánceres, los cuales son los siguientes:

- **Quimioterapia:** consiste en administrar fármacos que actúan impidiendo la reproducción de las células malignas, que son llamados citostáticos (Die & Die, 2003). Los mismos autores señalan que existen diferentes grupos de agentes citostáticos, según la forma de actuación que presenten. Cabe destacar entre estos fármacos por su relación con el tratamiento del cáncer de mama, los derivados

antraciclínicos como la daunorubicina, la adriamicina, la 4-epidoxirubicina, la idarubicina y la mitoxantrona; los *agentes microtúbulos*, que se puede encontrar por un lado los alcaloides de la Vinca pervinca (vincristina, vinblastina, vindesina y vinoreblina) y también los derivados del tejo, el taxol y el taxorete, los cuales se utilizan frente a tumores de mama, ovario, pulmón no microcítico y sarcomas.

Normalmente, a la hora de aplicar el tratamiento a los pacientes se suelen combinar varios fármacos, dado que tienen distintos mecanismos de actuación y distinta toxicidad, lo cual incrementa su efectividad ya que se pueden usar a las dosis máximas toleradas y porque son sinérgicos (Die & Die, 2003). Habitualmente se tiende a aplicar la poliquimioterapia en el Hospital de Día, sin ingreso hospitalario, por su rentabilidad, tanto técnica, como económica y psicológica.

Die y Die (2003) plantean que la poliquimioterapia, según sus formas de aplicación, se pueden distinguir en varios tipos:

- **Quimioterapia complementaria:** se aplica de manera inmediata tras la cirugía o radioterapia en el tumor primario.
- **Quimioterapia neoadyuvante:** su aplicación es previa a la cirugía, y permite valorar su efectividad y hacer operables algunos tumores que inicialmente no lo eran.
- **Quimioterapia alternante:** permite usar secuencialmente dos pautas con citostáticos diferentes para evitar resistencias, debido a la heterogeneidad de las células tumorales.
- **Quimioterapia intraarterial:** se aplica una elevada dosis directamente al tumor. Normalmente se lleva a cabo a través de la arteria hepática para tratar las metástasis hepáticas del cáncer colorrectal.

- **Quimioterapia intrapericárdica:** se aplica en casos de derrames pericárdicos malignos, así como la intrapleural y la intraperitoneal en los derrames de esas cavidades, fundamentalmente por cáncer de ovario y mesoteliomas (Díaz y García, 2000).

La poliquimioterapia se puede utilizar sola o en combinación con otros procedimientos, como puede ser la radio-quimioterapia (Die & Die, 2003).

Numerosos autores, entre los que se encuentran los nombrados anteriormente, indican que la quimioterapia produce efectos secundarios, que en algunos casos son leves, y en otros graves. Entre ellos se pueden encontrar alteraciones digestivas (mucositis, vómitos, diarreas), mielodepresión, miocarditis, fibrosis pulmonar, nefritis, cistitis, polineuritis, ototoxicidad, alopecia, o pigmentación cutánea, entre otras. Por lo que consideran crucial tratar de prevenirlas, y en caso de imposibilidad, tratarlas adecuadamente.

Teniendo en cuenta esta información cabe esperar que dichos efectos secundarios produzcan un impacto importante en la vida cotidiana de los pacientes que son sometidos a estos tipos de tratamiento, mermando, en muchos casos, su capacidad funcional, su autoestima y con importantes consecuencias en el estado psicológico.

- **Hormonoterapia:** se trata de un tratamiento que sólo ha de aplicarse en aquellos tumores hormonodependientes. Los más característicos son el cáncer de mama y el de próstata. En cuanto a los tumores de endometrio, tiroides y riñón lo son en menor grado (Die & Die, 2003).

Clasificación de la hormonoterapia según Die y Die, (2003):

- **Hormonoterapia ablativa:** es quirúrgica, como por ejemplo la ooforectomía bilateral, que se usó para suprimir la secreción

estrógenica de los ovarios, y es utilizada en el cáncer de mama avanzado.

- **Hormonoterapia aditiva:** se han utilizado los estrógenos en el cáncer de próstata, los progestágenos en los cánceres avanzados de mama, próstata, endometrio y riñón, y corticoides como euforizantes.
- **Hormonoterapia competitiva:** el fármaco más usado es el tamoxifeno (antiestrogénico) en el cáncer de mama avanzado y como profilácticos en el cáncer mamario. En el cáncer de próstata se usan en el tratamiento o como adyuvantes los antiandrógenos y los agonistas de la LHRH. Por último, la somatostatina, la cual lleva a cabo una inhibición de la secreción hormonal de algunos tumores endocrinos digestivos o hipofisarios, con el fin de aliviar algún síntoma (Díaz & García, 2000).
- **Inmunoterapia:** el fin es estimular el sistema inmunológico y las defensas del organismo contra el tumor. Se pueden usar los anticuerpos monoclonales, las citoquinas (interleucina 2 y el interferón). Por otra parte se encuentra la terapia celular adoptiva que consiste en la transferencia de células inmunológicas, las células LAK, que son linfoides y los linfocitos infiltrantes de tumores (TIL) que no tienen una gran actividad antitumoral. Y, por último, las vacunas tumorales que tienen el objetivo de que el sistema inmunológico del paciente desarrolle buena respuesta ante el tumor (Die & Die, 2003).

1.2.2.5. ¿En qué consiste el cáncer de mama?

El cáncer de mama consiste fundamentalmente en un crecimiento maligno de las células epiteliales que rodean los conductos de las mamas. Los distintos tipos de cáncer de mama recogen su nombre del lugar de la mama donde se encuentran. Así, al repasar la anatomía de la mama, se observa que

cada mama está compuesta de lóbulos o lobulillos (carcinoma lobulillar, se encuentra con más frecuencia en ambas mamas), conductos (carcinoma ductal), vasos sanguíneos y vasos linfáticos, estos últimos se comunican con los ganglios linfáticos cuya función es filtrar sustancias en la linfa y ayudan a proteger contra infecciones y enfermedades. Los grupos de ganglios linfáticos se localizan cerca de la mama en la axila, sobre la clavícula y en el pecho (Tescari, 2012).

1.2.2.5.1. Factores de riesgo del cáncer de mama

En la actualidad siguen sin estar claras las causas exactas que provocan el cáncer de mama. Diversos autores hablan a su vez de diferentes factores de riesgo. A continuación se van a nombrar los que más respaldo científico han tenido hasta el momento.

- **Edad avanzada** (Die y Die 2003; Rodríguez y Carupso, 2006).
- **Herencia familiar:** Como se ha señalado en apartados anteriores, se estima que por cada integrante de primer grado con antecedentes de cáncer de mama, se incrementa el riesgo en 1.8 veces, respecto a las mujeres que no manifiestan la enfermedad (Torres & Vladislavona-Dubova 2007).
- **Antecedentes de patología mamaria benigna.** Eleva el riesgo, sobre todo cuando el resultado histopatológico es de hiperplasia de células ductales o lobulillares (Salazar-Esquivel, Paredes-López y Calzada, 2004; Torres & Vladislavona-Dubova, 2007).
- **Historia menstrual prolongada,** concretamente la menarquia a una edad temprana y la menopausia tardía (Die & Die 2003). Rodríguez y Carupso (2006) indican que la menarquia antes de los 11 años y la menopausia después de los 54 años de edad, incrementan el riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- La **nuliparidad o tener el primer embarazo después de los 30 años.** El embarazo produce un efecto protector, como resultado de la

proliferación y diferenciación del tejido mamario durante el periodo de gestación (Cnattingius, Torrang, Ekbom y Granath, 2005; Rodríguez y Carupso, 2006), considerando estos últimos autores un factor de protección, la lactancia acumulativa (más de 16 meses) y el aumento en la paridad.

- **Terapia hormonal de reemplazo por tiempo prolongado**, es decir con un periodo mayor a cinco años, incrementa en un 2% anual el riesgo de padecer cáncer de mama (Rodríguez & Carupso, 2006). En este sentido, Singletary (2003) señala que este riesgo permanece latente cinco años después de suspender el tratamiento. Pasado este tiempo el riesgo se iguala al de mujeres que no han recibido este tipo de terapias.
- **Obesidad en mujeres posmenopáusicas** (Die & Die 2003). Se ha demostrado la asociación entre la obesidad en mujeres posmenopáusicas y el cáncer de mama, considerándose que un Índice de Masa Corporal de 27 o mayor, para talla normal, y de 25 o mayor para la población de talla baja es un factor de riesgo (Jee, Yun, Park y Cho, 2008; Martínez-Abundis, Cano-Rios, González-Hernández y Rosales-Hernández, 2004).
- **Factores ambientales**, tales como el estilo de vida (Romero, Santillán, Olvera, Morales y Ramírez 2008), la exposición a agentes nocivos, el consumo de tabaco, la realización de ejercicio físico o la dieta. Así, la exposición a la radiación ionizante produce lesiones en el genoma, como hidroxilación de la timina, lo que ocasiona formación de dímeros de la citada base nitrogenada y rotura de una o dos cadenas de ADN (Heredia y Bautista 2007). Por su parte, el consumo de bebidas alcohólicas también es relevante, ya que entre sus productos se encuentra el acetaldehído, conocido como carcinógeno primario en animales (Blot, 1999; Die & Die, 2003). En cuanto a la relación entre el tabaco y el cáncer de mama existen controversias entre los autores. Algunos señalan que sus derivados, como el benzopireno, las aminas aromáticas y las nitrosaminas tienen una

implicación en la carcinogénesis de la mama (Castaño 2006) mientras que otros autores no han encontrado asociación (Lin, Kikuchi y Wakai, 2008). La no realización de actividades deportivas también se asocian con un aumento del riesgo de padecer cáncer de mama (Grajales, Cazares, Díaz, Alba, 2014). Finalmente, parece correlacionar con variaciones en la dieta, sobre todo con la ingestión de grasas (Albrektsen, Heuch, y Kvale, 1995; Ekblom, Hsieh, LipworthAdami, y Trichopoulos, 1997)

Una vez revisados los principales factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer de mama, se pasa a señalar los principales aspectos médicos a tener en cuenta en la enfermedad.

1.2.2.5.2. Aspectos médicos del cáncer de mama

El carcinoma mamario normalmente es descubierto por la propia mujer o por su médico, y su primera manifestación suele ser una tumoración indolora, y con posibilidad de presentar cierta movilidad, así como pueden producirse descargas o supuraciones a través del pezón (Die & Die, 2003). Siguiendo a los mismos autores, un adecuado examen clínico, la mamografía y la biopsia, son las pruebas diagnósticas iniciales a las que se debe someter a una mujer cuando existe sospecha de que pueda padecer cáncer de mama. Con el objetivo de identificar las características de las células tumorales, se usan pruebas moleculares muy sofisticadas que dan indicaciones sobre el comportamiento del tumor (biopsias marcadores o marcadores tumorales).

Entre las pruebas diagnósticas más frecuentemente empleadas están los receptores estrogénicos, que indican si el tumor es o no hormono-sensible. En general, aquellos tumores sensibles a hormonas tienen un pronóstico ligeramente mejor que aquellos que no lo son, además, dan pistas de si el tumor puede tratarse con alguna forma de terapia hormonal (Gotteland et al. 1994).

Las radiografías, analíticas, ecografías y tomografía axial computarizada (TAC), son pruebas médicas adicionales que sirven para detectar si la

enfermedad se ha extendido a los pulmones, hígado, huesos o cerebro (Die & Die, 2003).

Estos autores señalan que el tratamiento principal en el cáncer de mama es la cirugía. Esta puede, o no, ir acompañada de otros tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia y la hormonoterapia, dependiendo del estadio de la enfermedad en el momento en que es diagnosticada. Los tipos de cirugía pueden ser conservadores (tumorectomía, mastectomía parcial o cuadrantectomía, linfadenectomía axilar y radiación), o radical, que consiste en la mastectomía total con linfadenectomía axilar. La radioterapia ocupa un lugar complementario de la cirugía cuando se lleva a cabo tratamiento conservador. Tiene la ventaja de conservar la mama, y el inconveniente de tener que someter a irradiación, con los efectos secundarios y el impacto que ello conlleva.

El cáncer de mama se clasifica en 4 estadios muy relacionados con el pronóstico de la enfermedad y la supervivencia (AEEC, 2013):

- **Estadio 0:** es el estadio inicial donde las lesiones son premalignas (también llamado Carcinoma in situ). Aquí las células tumorales están localizadas exclusivamente en la pared de los lobulillos o de los conductos galactóforos.
- **Estadio I:** el tumor tiene un tamaño inferior a 2 centímetros y hay ausencia de afectación de ganglios linfáticos y de metástasis.
- **Estadio II:** el tamaño del tumor está entre 2 y 5 centímetros. Puede haber, o no, afectación de los ganglios axilares. Se subdivide en IIA y IIB.
- **Estadio III:** el tumor ya afecta a los ganglios basales, la piel y la pared torácica. También se subdivide en: IIIA, IIIB y IIIC.
- **Estadio IV:** el cáncer se ha diseminado provocando afectación de otros órganos como huesos o hígado.

1.2.3. Psico-oncología

La Psico-oncología es una subdisciplina de la Psicología que ha de desarrollarse de forma multidisciplinar teniendo en cuenta a todo el equipo sanitario que se relaciona con el enfermo y su familia. Requiere conocimientos teóricos y de práctica clínica, que integra aspectos psicológicos y médicos referentes a los diferentes tipos de cáncer, fases de la enfermedad, tipos de tratamiento, características diversas de los recursos asistenciales, así como variables personales de los pacientes y sus redes de apoyo social (Cruzado, 2003). Holland y Murillo (2003) señalan que la Psico-oncología ha introducido y dado cabida a profesionales de diferentes disciplinas en el área médica, que usan su experiencia clínica o métodos de investigación, y aplican estos conocimientos al área del cáncer. Ello ha permitido y favorecido que cirujanos, oncólogos y radioterapeutas, que inicialmente intervenían en el cuidado físico del enfermo, se sensibilicen en los aspectos psicológicos, sociales y comportamentales de los pacientes con cáncer en todas las fases del tratamiento. La psiquiatría, la psicología, el trabajo social y el área de enfermería han contribuido al conocimiento científico y metodológico de la Psico-oncología (Holland & Murillo, 2003).

A comienzos del siglo XX se funda el Instituto Nacional del Cáncer en EE.UU. Durante estos años, el único apoyo psicológico con el que contaban los pacientes diagnosticados de dicha enfermedad eran grupos de autoayuda con otros pacientes que padecían la misma enfermedad. En ellos compartían experiencias, exponían sus miedos, dudas e inquietudes y recibían apoyo y comprensión de los demás miembros del grupo (Álvarez, Robert, & Valdivieso, 2013).

En la década de los 60 la psiquiatra Elizabeth Kúbler-Ross comenzó a romper las barreras y los tabúes sobre la enfermedad oncológica, tanto con los pacientes que la padecían, como con los profesionales que intervenían con ellos. Insistían en la necesidad de hablar sobre la muerte inminente y dejar de evitar hablar sobre esos temas que eran, y siguen siendo en la actualidad, las principales preocupaciones de una persona que padece cáncer (Álvarez et al., 2013; Malca, 2005; Middleton, 2002). Estos mismos autores señalan que la

especialidad de Psico-oncología se inició formalmente a mediados de los 70, cuando la barrera para revelar el diagnóstico al enfermo se cayó y se hizo posible hablar con los pacientes de las consecuencias del cáncer y los tratamientos empleados para tratarlos en sus vidas.

El surgimiento de la Psico-oncología como tal se debió a que, tras el diagnóstico y durante el tratamiento, se comprobó que un gran número de pacientes presentaban dificultades psicosociales que eran de imposible abordaje únicamente desde el punto de vista médico. Ello ilustraba lo obsoleto que se había quedado el modelo biomédico para el tratamiento de las enfermedades crónicas. Se comenzó a partir de la idea de que, puesto que existían múltiples reacciones ante una misma enfermedad, era importante tratar a cada enfermo dentro de sus características y vivencias personales, así como tener en cuenta el entorno social que le rodeaba.

La Dra. Holland fue considerada la fundadora de la Psico-oncología, creando en 1977 la primera unidad de Psico-oncología del mundo y posteriormente, el primer comité de Psico-oncología. En 1984 fundó la Sociedad Internacional de Psico-oncología (IPOS) con el ánimo de crear una red de conexiones a nivel internacional con los interesados en el tema (Álvarez et al., 2013), así como al objeto de facilitar estudios multiculturales y actividades educacionales en el ámbito mundial, poniendo gran énfasis en los aspectos psicosociales del paciente con cáncer y con trabajos y estudios dirigidos a todos los profesionales de la salud (Holland & Murillo, 2003).

En sus comienzos, la Psico-oncología solo se centraba en el paciente con tratamiento oncológico activo, sin embargo, a medida que ha ido pasando el tiempo y el avance de los recursos de la medicina, se ha ido expandiendo y abarcando otras áreas como la prevención, el riesgo genético o la supervivencia y adaptación a largo plazo, además del cuidado clínico y el manejo comunicacional personal sanitario-paciente (Almaza-Muñoz & Holland, 2000).

La Psico-oncología como tal es una materia “reactiva”. Estudia el apoyo al paciente de cáncer, de su familia y de los elementos que forman parte de su entorno social al completo. Sin embargo, hay autores que señalan que ello es

solo una parte de esta subespecialidad y que se debe estudiar desde un punto de vista proactivo. Esto implica descubrir las características de su estilo de vida que puedan haber influido en la presentación de la enfermedad, su curso, y cómo ayudarlo a revertir tales características, así como desarrollar políticas de prevención (Middleton, 2002).

Teniendo en cuenta lo expuesto, se puede inferir que la Psico-oncología hace un intento por aplicar el funcionamiento que propone el modelo biopsicosocial a pacientes que padecen cáncer, de ahí la importancia de la Psicología de la Salud y sus aportaciones en el nacimiento de esta disciplina. En la siguiente figura se puede apreciar como Cruzado (2003) encuadra la Psico-oncología entre la Psicología de la Salud y la Oncología Médica.



Figura 2. La Psicooncología como disciplina intermedia entre la Oncología y la Psicología de la salud (Cruzado, 2003).

A la hora de conceptualizar la Psico-oncología, a pesar de ser una disciplina relativamente joven, se pueden encontrar varias definiciones sobre la misma, si bien existen numerosos aspectos que relacionan unas con otras. En este trabajo se van a seleccionar las dos que se han considerado más apropiadas y que, como ya se ha indicado, comparten la misma esencia, a pesar de que una es propuesta una década antes que la otra.

Por un lado, Holland y Murillo (2003) definen la Psico-oncología como una subespecialidad que emerge del incremento del interés por los aspectos psicológicos y comportamentales del paciente con cáncer. Abarca dos

dimensiones psicológicas: la respuesta emocional de los enfermos, familiares y de todas las personas encargadas del paciente en todas las etapas de la enfermedad (psicosocioemocional), y los factores psicológicos, de comportamiento y sociales que pudieran tener algún tipo de influencia en la morbilidad y mortalidad de los pacientes con cáncer (psicobiológicos).

Más recientemente, aunque dista poco de la anterior, Álvarez, Robert y Valdivieso (2013, p. 679) definen la Psico-oncología como:

Una subespecialidad de la oncología, que por una parte atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que les atiende (enfoque psicosocial); y que por otra parte, se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque biopsicológico).

Como se puede observar, en esta definición se incluye de manera más explícita la labor que tiene el profesional sanitario en la intervención de la persona enferma de cáncer.

Según Cruzado (2013), la Psico-oncología cubre cuatro grandes áreas:

- **Asistencia clínica al paciente y sus familiares**, muy importante de cara al enfermo para adecuar la adaptación y calidad de vida ante el diagnóstico, tratamiento médico, revisiones, cuidados paliativos y duelo.
- **Docencia**, entendida como la formación en habilidades de comunicación, manejo de situaciones de crisis y estresantes en la interacción con el enfermo.
- **Prevención de la enfermedad**, mediante la creación programas adecuados de educación para la salud, aprendizaje de hábitos saludables preventivos del cáncer, conductas de detección precoz, apoyo e intervención en consejo genético.
- **Investigación**, para estudiar los aspectos comportamentales y sociales que están presentes en la patología del cáncer.

En este sentido, el fin último que se persigue con la realización del presente estudio de investigación es aportar nuevos datos y conocimientos de las pacientes con cáncer, específicamente aquellas que padecen cáncer de mama, que sirvan de guía y ayuda a los profesionales de esta disciplina a la hora de abordar la enfermedad y elaborar programas y estrategias de intervención al objeto de poder facilitar el afrontamiento de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Por último, resaltar que la Psico-Oncología en España se ha convertido en un área activa de formación e investigación y está instaurada desde hace bastantes años en los principales hospitales de Madrid, Valencia y Barcelona (Holland & Murillo, 2003). La primera Unidad de Psico-oncología la crea la Dra. Die Trill en el Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid (Holland & Murillo, 2003).

A medida que ha ido pasando el tiempo han sido varios los hospitales que se han ido sumando a la incorporación de profesionales de la psicología especializados en psico-oncología para la intervención específica de pacientes con cáncer. Si bien, esto ha sido más notable en el caso de los centros sanitarios privados, y menos en los pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, no existiendo dicha especialidad, por ejemplo, en los hospitales que han colaborado con esta investigación, ambos pertenecientes al ámbito público. Por lo que no parece que se haya establecido por parte del Sistema Nacional de Salud, un protocolo, específico y de obligado cumplimiento, de atención psicológica especializada para pacientes que han sido diagnosticados de cáncer. Si bien, existen numerosas asociaciones sin ánimo de lucro, la más conocida La Asociación Española contra el Cáncer, que sí ofrece este tipo de intervenciones de manera gratuita a los enfermos, y se procura una atención integral al paciente y sus familiares.

1.2.4. Impacto psicosocial del cáncer

Este tema se va a abordar con mayor lujo de detalle en el siguiente capítulo, desarrollando concretamente las variables más destacadas en el

cáncer de mama. Si bien, en este punto se va a llevar a cabo un esbozo de ciertos aspectos que se han de tener en cuenta, en relación a los cambios psicológicos y sociales que se producen en una persona que enferma de cáncer, independientemente del tipo de enfermedad neoplásica.

Para comenzar se considera importante resaltar que el cáncer es una enfermedad crónica, con una sintomatología que puede tener un gran impacto en la calidad de vida de quien lo padece. En este sentido, uno de los síntomas más relevante e insidioso es el dolor, el cual aparece de manera crónica (Guillén-Núñez, 2011). El dolor además implica y abarca a las emociones y conductas, como por ejemplo el miedo a sentirlo (emoción) que provoca que las personas eviten actividades que puedan ser potencialmente productoras de dolor (conducta) (Graff, 2001). Ello, con el paso del tiempo y en virtud a mecanismos operantes, genera en el paciente una limitación y reducción de las actividades físicas, dándose un cuadro complejo con presencia de determinados problemas específicos, como es el exceso de reposo, trastornos del sueño, alteraciones del estado de ánimo, reducción de la actividad funcional, deterioro de habilidades sociales y predominio de repertorios comunicativos relacionados con el dolor, lo que afecta a todas las áreas de la calidad de vida del enfermo (Bónica, 1982; Melzack & Wall, 1965; Strenbach, 1989). Asimismo, la intensidad con la que es percibida el dolor, también presenta correlaciones positivas con estados depresivos y menos niveles de actividad (Vinaccia, Contraras, Restrepo, Cadena y Anaya, 2005).

Otra de las características comunes en pacientes con cáncer y que pueden tener efectos negativos, son la sensación de cansancio, fatiga o agotamiento, provocados por el dolor o por los tratamientos médicos que se les esté administrando, algo que no mejora tras el descanso o el sueño nocturno (McCaul, et al., 1999). Cardenal y Oñoro (1999) señalan que aproximadamente el 80% de pacientes que están en tratamiento con quimioterapia experimentan cansancio, y que casi el 90% de éstos manifiestan que dicho cansancio da lugar a una disminución en su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas.

Todo lo expuesto va en detrimento de la calidad de vida del paciente que padece cáncer, entendiendo el concepto de “calidad de vida” como un complejo global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003), si bien, hay que tener presente que va a depender de diversos factores y circunstancias, como son las características psicológicas, sociales e individuales de los pacientes, el tipo de cáncer que padezca, la tolerancia al tratamiento, o la capacidad de adaptación entre otros muchos, como se abordará más adelante, en el siguiente capítulo.

Por otro lado, Meseguer (2003) habla de la fenomenología de la experiencia subjetiva de enfermar de cáncer y tratarse, indicando que la pérdida de la vida es la percepción más inmediata con la que toma conciencia el paciente, una vez el médico le informa que padece cáncer, sentimiento radical de confirmación de pérdida de salud, con lo que se vive como equivalente a una muerte dolorosa.

Meseguer (2003) enumera diez experiencias inmediatas que el cáncer evoca entre los adultos cuando enferman, entre las que se encuentran:

- **La pérdida de identidad.** Aunque sea de manera transitoria, los síntomas de la enfermedad, la hospitalización, el deterioro secundario causado por los tratamientos, la baja laboral, el cese temporal de roles familiares, sociales, académicos o en el tiempo libre, tienen una repercusión negativa en el autoconcepto. Aunque sea de manera temporal, el adulto con cáncer deja de sentirse y valorarse a sí mismo como solía hacerlo antes de ser conocedor de su enfermedad.
- **La pérdida de control.** Cuando las consecuencias de la administración de los tratamientos oncológicos, en relación a la salud y la propia vida, no dependen de las acciones voluntarias del enfermo, sino que queda fuera de su capacidad de control, puede sentir una pérdida de control de los acontecimientos (Seligman y Weis, 1980).

- **La pérdida de relaciones.** El hecho de que la persona más querida, con su mejor intención, se haga el valeroso con optimismo, pero sin compartir los estados emocionales del enfermo, suele generar un aislamiento emocional y de pertenencia, siendo la consecuencia final la pérdida de relaciones.
- **La pérdida de experiencias sexuales en el futuro.** Según la autora, este temor es muy frecuente en pacientes de cualquier edad, e independientemente del tratamiento. Sin embargo, quienes presentan más temores a perder su vida sexual gratificante suelen ser aquellos enfermos a los que se les administra ciertos tratamientos como los hormonales, braquiterapia de alta intensidad en cáncer ginecológico o genitourinario, cirugías genitourinarias, o algunas digestivas.
- **La pérdida de la imagen de sí mismo.** Los pacientes con tumores de cabeza y cuello, y algunos que portan ostomías o reciben durante un largo periodo de tiempo tratamientos con esteroides e interferón, ven claramente empeorada su autoimagen. Esto, en el peor de los casos, lleva al enfermo a evitar el contacto social y cambiar su estilo de vida, lo que supone una disminución drástica de reforzadores y gratificaciones, ejerciendo un efecto perjudicial en el estado de ánimo. En este sentido, las mujeres enfermas sienten mayor malestar psicológico y peor calidad de vida que los hombres (Hagedorn et al.; 2000; Keller et al.1996).
- **La pérdida del estilo de vida.** La interrupción transitoria de los hábitos de vida ocasionan malestar intenso. Se trata del miedo a no poder recuperar en un futuro el estilo y ritmo de vida que tenían antes de que se les diagnosticara la enfermedad.
- **La pérdida de la capacidad de procreación,** sobre todo en parejas que se han formado otorgándole un valor central a la procreación, mostrando dificultades para contemplar otras realidades como puede ser la adopción.

- **La pérdida del proyecto vital o de futuro.** Muchos adultos ven truncada su carrera profesional por no poder competir en el momento necesario al estar en fase de tratamiento, o el proyecto de consolidar un matrimonio y una familia a medio o largo plazo se puede precipitar o anular por tomas de decisiones derivadas de la intolerancia a la excesiva incertidumbre que rodea el periodo activo de tratamiento de la enfermedad oncológica.
- **La pérdida del sentimiento de igualdad de condiciones.** Los adultos que se habían construido unas pautas de vida más rígidas, valorando los convencionalismos sociales, como son la posición social o económica, suelen manifestar su intenso malestar por perderse esa íntima y reforzante convicción que habían de ser como todo el mundo antes de la enfermedad.
- **La pérdida del esquema de valores prioritarios.** A partir de la enfermedad y del proceso de tratamiento, los pacientes empiezan a valorar otros aspectos y detalles de su vida y entorno, que antes de enfermar estaban en un segundo plano.

1.2.5. Representaciones sociales del cáncer

En el punto anterior se han abordado algunos de los aspectos psicológicos, emocionales y sociales más destacados que están implicados en el adulto que padece una enfermedad neoplásica, pudiéndose comprobar que efectivamente el ser diagnosticado de cáncer tiene un impacto en la vida del paciente que repercute en todas las esferas de su vida. En ocasiones, el malestar emocional, la sintomatología ansiosa o depresiva o ciertos cuadros psicopatológicos, que aparecen en estos pacientes, pueden estar relacionados con el concepto que tienen de su enfermedad, además de por la gravedad de la misma, el pronóstico, o los síntomas físicos que pueda presentar.

Y es que, las personas elaboran conceptos equivocados, catastrofistas y poco ajustados a la realidad, sobre el cáncer, dada las representaciones sociales que aún, hoy día hay sobre dicha enfermedad. A modo de ejemplo, en

la fase de recogida de datos de la presente investigación, se contactó con una paciente con cáncer de mama en estadio 0, completamente localizado y con un pronóstico muy positivo, y no fue posible evaluarla por el grado de ansiedad tan elevado que presentaba, impidiéndole hablar de su enfermedad. Al tratar el tema con ella, ésta afirmaba que aún consciente de que todo podría salir bien, sólo pensar que padecía cáncer, ya creía que su vida nunca sería igual, y que no tardaría mucho tiempo en morir, igual que pasaba con todo el mundo, nombrando ciertos personajes públicos que han fallecido a causa del cáncer de mama.

Es por ello que se va a profundizar algo más en este tema, ya que se considera que guarda una relación relevante con el ajuste psicológico de las personas que padecen una enfermedad oncológica, considerándose necesario el poner en marcha ciertas actuaciones, por parte de los medios de comunicación de masas, al objeto de acercar a la población general una imagen más realista del cáncer.

En este sentido, la enfermedad oncológica, históricamente se ha relacionado con la muerte y la putrefacción. Esta noción parece perdurar hasta la modernidad, de lo que parece inferirse que las relaciones etimológicas establecidas en la historia permiten indicar que el cáncer forma parte de un dispositivo de categorización que consume y devora el cuerpo (Salcedo, 2008).

Parece evidente que la representación social del cáncer no sólo se rodea del dolor y el sufrimiento (Dany, Dudois y Favre, 2008; Viera, López y Shimo, 2007;), sino que incluye también la muerte (Bargenter, 1995; González, 2006; Rees, Fry, Cull y Sutton, 2004), la mutilación, la incapacidad y el cambio a nivel social y familiar (González, 2006). Es representada como una enfermedad cruel que acompaña grandes pérdidas y se asocia a sentimientos negativos, desesperación y miedo (Insa, Monleón y Espallargas, 2010) y que, como indica Giraldo (2009), desestabiliza el proyecto de vida y estigmatiza (Babin & Grandazzi, 2010; Fife & Wright 2000). Es precisamente el estigma como elemento central de la experiencia de vivir la enfermedad, lo que produce un impacto tanto en el estado de salud funcional, como en la percepción de la severidad de la misma (Fife & Wright, 2000).

Aún en el siglo XXI, se sigue considerando al cáncer como una amenaza que nadie, por más empeño que ponga podrá evitar (Luxardo, 2008). Pujol (2009) señala que el cáncer de pulmón está representado por miedo social e ideas mágico-religiosas que representan una plaga con la que hay que combatir. Asimismo, la enorme cantidad de representaciones sociales que existen sobre el cáncer ha facilitado el surgimiento de prejuicios que pueden contribuir a que se den o se mantengan situaciones de sufrimiento para las personas que padecen dicha enfermedad (Dany & Favre, 2008).

A partir del siglo XVIII el cáncer se convierte en objeto de metáforas y figuras literarias relacionadas con la malignidad y el castigo divino (Foucar, 1996; Giraldo, 2009). Es frecuente hacer referencia a la monstruosidad que ha de ser erradicada, a la demonización que sólo el fuego hace que remita, a los rayos y relámpagos y a la compulsiva necesidad de purificar algo profanado (Castaño & Palacios-Espinosa, 2013).

Respecto al proceso mediante el que una persona crea una representación social referente al cáncer, Abric (1996) señala que se forma y se consolida como un proceso individual, el cual está influido por el entorno y por los códigos socialmente elaborados sobre la enfermedad.

En cuanto a las creencias sobre el origen del cáncer, en su gran mayoría se atribuye a la herencia, al estrés y al ambiente, más que a los hábitos alimenticios, el tabaco o el alcohol, siendo por ello que la percepción de riesgo de enfermar de cáncer aumente en aquellas personas que tienen antecedentes familiares, algo que genera la sensación de poco control (Decruyenaere, Evers-Kiebooms, Welkenhuysen, Denayer y Claes, 2000).

Para corregir las ideas erróneas sobre el cáncer resultaría interesante el replanteamiento de la palabra maligno. Ello podría favorecer la resignificación de los tumores como fatales e incurables a unas condiciones prevenibles y curables (Peluffo, 2004).

En la actualidad, con el nacimiento de disciplinas que ponen en marcha mecanismos de prevención de enfermedades neoplásicas, así como por el avance que se está produciendo en las intervenciones médicas y psicológicas

desde un modelo biopsicosocial, se está experimentando un cambio en las representaciones sociales que hay sobre el cáncer. Si bien, aún siguen estando muy presentes en la sociedad los tabúes, prejuicios e ideas erróneas sobre dicha enfermedad, lo que perjudica al enfermo en el momento del diagnóstico y durante el proceso terapéutico.

Es por ello que la Psicología debe profundizar más en el ámbito de la educación y la práctica clínica, intentando proponer nuevos modelos de pensamientos sobre el cáncer, que den lugar a la reconfiguración de las representaciones sociales de dicha enfermedad, estableciendo modelos que faciliten la adquisición de nuevas herramientas simbólicas que se reflejen en el planteamiento de tratamientos integrales (Stine, 2005). Concretamente en el área de la oncología, el análisis de las representaciones sociales tienen varias funciones como son, describir el imaginario social sobre el cáncer, explicar la posible dinámica de las relaciones sociales, orientar las conductas de prevención, aprehender la lectura que los actores asignan a la situación de tratamiento y a sus elementos, cuestionar las identidades asociadas a los actores teniendo en cuenta su estatus y roles sociales, y explicar cómo actúa la matriz de la situación a nivel cognitivo, social y emocional (Dany, Apostolidis, Cannone, Suarez-Díaz y Felipetto, 2009; Moulin, 2005; Pelard, Apostolidis, Ben Soussan y Goncalves, 2008).

Es bastante frecuente que a la persona que padece cáncer se le describa como una persona débil, muy enferma, pero a la vez fuerte, luchadora y valiente, con capacidad de aguantar la situación que está viviendo. Sin embargo, como señalan Castaño y Palacios-Espinosa (2013), una representación de la enfermedad y del paciente oncológico es diferente en función de la pertenencia a determinadas categorías o grupos sociales, como pueden ser el sexo, la edad, el nivel socioeducativo y el grado y tipo de relación con enfermos oncológicos.

En cuanto a las representaciones que los profesionales sanitarios tienen del cáncer, se destacan palabras como quimioterapia, muerte, sufrimiento y otros vocablos como enfermedad, gravedad y miedo (Giraldo, 2009; Marie, Dany, Cannone, Dudoit y Duffaud, 2010). Esto último es importante, tal y como

señalan Rodríguez y Palacios-Espinosa (2013), dado que los profesionales que se encargan de la intervención con pacientes con cáncer son influenciados por sus propias representaciones acerca de la enfermedad, lo que puede dar lugar a que presenten actitudes que afecten a la forma en que los pacientes perciben su experiencia.

Hay que tener en cuenta que no sólo la representación del cáncer puede generar ciertas actitudes en los cuidadores formales de los pacientes, como es el caso del personal sanitario, sino que también los cuidadores informales, como la familia, pueden tener ciertas actitudes ante la enfermedad. En este sentido, Umpierrez y Silva (2008) llevan a cabo un estudio con cuidadores de enfermos de cáncer a partir del cual se identificaron 5 representaciones sociales en torno a la enfermedad:

1. Una amenaza de muerte, ya que conlleva la idea de sufrimiento y muerte pero se mantiene la esperanza y una idea de curación.
2. Símbolo de condición humana en el que se muestra la fragilidad de la persona ya que requiere el cuidado de terceros.
3. Socialmente representa el anuncio de pérdidas en la capacidad de la persona.
4. Una agresión, ya que para ser erradicado debe ser agresivo mediante duros tratamientos, como la cirugía.
5. Pudiendo ser una expresión de los deseos de la persona que se considera responsable del mismo por lo que para sus cuidadores es difícil de entender.

Es evidente que tener cáncer es, al menos inicialmente, una experiencia negativa debido a las consecuencias biológicas, el alto coste emocional que subyace a la enfermedad y a su tratamiento, siendo lo más impactante para la persona afrontar la estigmatización de la idea de estar condenado a muerte (Cano & Vindel, 2005; Palacios-Espinosa & Castaño, 2013).

Finalmente, a modo de conclusión, es importante tener en cuenta que, al igual que a partir de los avances médicos en los tratamientos se está produciendo un decremento en el número de muertes por cáncer, es

igualmente importante que evolucione la representación social que esta enfermedad aún tiene. No es difícil escuchar en un medio de comunicación, cuando alguien ha fallecido por una enfermedad oncológica, expresiones tales como “ha fallecido tras años luchando contra el cáncer”. No cabe duda de que ello puede provocar una idea anticipada y errónea en un paciente al que se le diagnostique cáncer, y unas expectativas negativas de futuro, pudiendo representar a nivel cognitivo la idea de tener que iniciar una lucha, que con baja probabilidad pueda ganar o saldar con éxito.

1.3. Factores psicosociales y emocionales implicados en el cáncer de mama.

1.3.1. Introducción

Como se ha puesto de manifiesto en los capítulos anteriores, el cáncer puede producir reacciones emocionales importantes en aquellas personas que lo presentan. Sin embargo, el tipo de dificultades, las alteraciones psicológicas que se den y la intensidad de las mismas dependen, entre otros múltiples factores, del órgano afectado por la enfermedad. En el caso del cáncer de mama concretamente suele despertar reacciones psicológicas específicas en las mujeres, relacionadas con múltiples aspectos como la intimidad femenina, la sexualidad, la maternidad, el autoconcepto, la autoestima, o la imagen corporal, a lo que se sumaría otras reacciones comunes en la mayoría de las personas diagnosticadas de cualquier tipo de cáncer, como son: el miedo, la ansiedad y la angustia por la incertidumbre del curso de la enfermedad, por la amenaza que supone para la vida o por ver aminorado su estado de salud y calidad de vida (Aires & Virizuela, 2009).

Desde una perspectiva social, las mamas, su tamaño, forma y belleza, siempre han sido objeto de valoración. En determinados contextos culturales han sido exhibidas (por ejemplo en algunas tribus africanas y en determinados círculos sociales), sin bien en otros han sido escondidas (Die & Die, 2003). Cuando una enfermedad oncológica afecta a una o ambas mamas alterando su integridad, se ve amenazada la seguridad y la confianza de los roles sexuales femeninos, sociales y maternos, pudiendo verse afectado el autoconcepto de la mujer y sus relaciones interpersonales con personas significativas de su entorno (Aires & Virizuela, 2009).

En el presente capítulo se intentará centrar la atención en el impacto que la enfermedad puede producir en la mujer a nivel psicológico y emocional. Concretamente se abordarán los principales factores psicoemocionales estudiados en relación al proceso de adaptación a la enfermedad en mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mama, así como los indicadores de ajuste psicológico y de bienestar en estas pacientes.

Concretamente, se analizarán, por un lado, los estudios que sobre estrategias de afrontamiento, resiliencia, inteligencia emocional percibida, regulación emocional, afectos negativos y positivos, y optimismo disposicional

en mujeres con cáncer de mama se han encontrado. Por otro, factores y características psicoemocionales, y aspectos relacionados con el ajuste psicológico como la ansiedad, la depresión, la autoestima, la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y calidad de vida.

1.3.2. Impacto psicológico del cáncer de mama en la mujer

El creciente incremento de estudios científicos sobre la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama es resultado de la naturaleza de este tipo de diagnóstico y el impacto negativo que tienen los tratamientos en la vida de quien padece la enfermedad (Ocampo, Valdez-Medina, González-Arratia, Andrade-Palos, Oblitas-Guadalupe y García-Fabela, 2011).

El diagnóstico de cáncer de mama es un acontecimiento estresante en la vida de una mujer y su afrontamiento va a influir mucho en la calidad de vida que la paciente tenga a la hora de vivir con la enfermedad. Esto supone enfrentarse a acontecimientos estresantes que se expresan en todas las esferas de la vida de la persona, tanto familiar, en su relaciones íntimas, como en su vida laboral o social; lo que obliga a realizar adaptaciones y esfuerzos personales y familiares ante todos los cambios cognitivos, físicos y emocionales que conlleva (Fuentes & Blasco 2012; García-Viniegras & González, 2007).

Según el tipo de tratamiento que se lleve a cabo, las consecuencias físicas y emocionales serán de distinta índole. Dentro de los distintos tipos de tratamientos, como son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, esta última junto a las cirugías radicales (mastectomías) son los que generan mayor impacto psicológico (Sánchez, 2015).

Según este mismo autor, las mamas o senos han sido una parte muy importante para las mujeres en cuanto a un indicador de belleza, así como un símbolo de sexualidad, además de representar un papel importante en la representación de la maternidad y en la identidad sexual femenina; por lo que se presupone que la pérdida total o parcial de estas puede ocasionar una

afectación psicológica y emocional importante para las mujeres (Sánchez, 2015).

La deformidad física que las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama sienten ante una cirugía como la mastectomía afecta tanto a las relaciones sexuales e íntimas, como a determinadas situaciones sociales que evitan por vergüenza, lo que les lleva a estar siempre en un continuo estado de alerta hacia la crítica, estereotipos o prejuicios de la sociedad, por los cambios físicos experimentados tras el tratamiento de la enfermedad. (Fuentes & Blasco 2012; García-Viniegras & González 2007; Mera & Ortiz 2012; Sánchez 2015). De igual modo hay autores que exponen que el diagnóstico, tratamiento y consecuencias del cáncer afectan a la mujer, sobre todo a aquellas que han sido mastectomizadas, dado que se altera la asimetría corporal, su función reproductiva y su faceta maternal (Gómez, 2005; Haber, 2000).

Autores como García-Viniegras y González (2007) indican que es importante considerar que un gran porcentaje de las pacientes enfermas de cáncer de mama, se encuentran en un periodo crítico en la vida de las mujeres llamado climaterio. Este es un proceso que se produce en las mujeres durante años antes y después de la menopausia, en el que se da un agotamiento ovárico así como una disminución y desajuste del nivel hormonal. Ello hace que sea difícil diferenciar los síntomas que son consecuencias del cáncer de los que son del propio estado de la persona. Esto resulta fundamental a la hora de discernir la causa de los síntomas psicológicos que la paciente pueda presentar.

El cáncer de mama arrastra consecuencias físicas muy impactantes para la persona, como pueden ser problemas derivados de la quimioterapia o de las cirugías, tanto preventivas como terapéuticas. Todo esto ha ido perdiendo con el paso de los años su magnificación ya que el avance de la medicina, así como la reducción considerable de la tasa de mortalidad en este tipo de cáncer, ha hecho que las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama presenten respuestas menos negativas que las que presentaban las mujeres diagnosticadas a finales del siglo XX, tal y como se ha expuesto anteriormente. Todo ello, junto a la gran cantidad de información existente desde la pubertad

sobre la importancia del diagnóstico precoz, la educación social y la medicina preventiva, han conseguido que, poco a poco, se produzcan cambios en la percepción social de la enfermedad, cambios importantes como pueden ser la eliminación del pensamiento del cáncer de mama como una enfermedad que lleva a la muerte y del estigma que pesaba entre las mujeres (Sánchez, 2015).

En consecuencia al estigma que pesa sobre el cáncer de mama desencadena una visión negativa de las personas que rodean a la paciente hacia él, lo que hace que las propias pacientes lo tengan de sí mismas y como resultado de todo ello, la población en riesgo posea un temor permanente a padecer la enfermedad. Este estigma provoca una desaceleración en el desarrollo individual y social de las pacientes que no son atribuibles a las limitaciones reales de la enfermedad (García-Viniegras & González 2007; Giraldo-Mora, 2009).

Por tanto, teniendo en cuenta todo lo expuesto, se considera necesario continuar con trabajos que clarifiquen cuales son los mecanismo psicológicos que más se ven afectados y que se vinculan a la evolución y tratamiento de la enfermedad (García-Viniegras & González, 2007), observándose que los efectos psicológicos varían en función de la fase en la que se encuentre, la relación médico-paciente, las variables personales y las estrategias de afrontamiento empleadas (Fuentes & Blasco, 2012).

Una vez atendidos a los principales factores que se ven afectados tras recibir un diagnóstico de cáncer de mama, en el siguiente apartado revisaremos los principales factores psicoemocionales que parecen influir en el curso de la enfermedad.

1.3.3. Factores psicosociales relevantes en mujeres con cáncer de mama.

La interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales tienen una influencia en la respuesta inmunológica facilitando la aparición de la enfermedad (Klinger et al., 2005). Son numerosos los estudios que han demostrado cómo pueden afectar las variables psicológicas en el sistema

inmune del organismo. Ya Vera-Villaroel y Buela Casal (1999) indicaban que cada vez son más los datos empíricos que relacionan los factores psicológicos con el curso del cáncer. No obstante, otros autores como Arbizu (2000) o Sirera, Sánchez y Camps (2006) señalan que esta relación inicialmente no es planteada como causal, sino como facilitadora de la aparición de la enfermedad, su curso, desarrollo y pronóstico. Asimismo consideran que, cuando el sistema inmune se altera, se puede activar el desarrollo o crecimiento de las enfermedades neoplásicas. En esta línea, se han hallado resultados que indican que las situaciones interpretadas como estresantes pueden generar afectos negativos que activan mecanismos bioquímicos a nivel del eje hipotalámico-adrenal que suprime la actividad y la respuesta del sistema inmune (Gómez & Escobar, 2002). Por otro lado, Kirschbaum et al. (1995) indican que la exposición continuada a acontecimientos estresantes eleva los niveles de cortisol, lo que indica la activación de la corteza suprarrenal.

Como se puede inferir, cuanto mayor estrés y emociones negativas experimente una paciente que padece cáncer de mama, menos respuesta del sistema inmune obtendrá, con las consecuencias negativas que ello conlleva sobre la evolución de su enfermedad. Por tanto, resulta muy relevante conocer y prevenir este tipo de emociones en las mujeres afectadas, así como fomentar el mayor nivel de bienestar posible.

Barreto y Soler (2008) indican que los factores protectores de la aparición de un cuadro psicopatológico derivado del acontecimiento del diagnóstico de cáncer de mama son múltiples. Entre ellos enumeran los siguientes:

- La capacidad de la mujer de dar un sentido a la experiencia de la enfermedad.
- Su competencia, o percepción de autocontrol, ante el manejo de las situaciones familiares, personales y laborales inmediatas.
- Presentar una adecuada regulación y gestión de las emociones, ya sean estas positivas o negativas.

- Capacidad de autocuidado.
- Estilo optimista de afrontamiento ante la propia recuperación.
- Contar con fuentes internas de resiliencia.

En los siguientes subapartados se va a llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre los principales factores psicoemocionales, entre los que se encuentran los enumerados por Barreto y Soler (2008), que se han evaluado en las pacientes con cáncer de mama y las relaciones existentes entre ellos, así como con diversos criterios de bienestar y calidad de vida de las mujeres afectadas por esta enfermedad. Ello, sin duda, repercutirá tanto en la evolución, como en el pronóstico de la enfermedad. Concretamente se revisarán estudios desde los que se aborde la posible influencia de los factores psicoemocionales en la adaptación de la mujer a la enfermedad y la influencia de éstos en el ajuste psicológico.

1.3.3.1. Estrategias de afrontamiento.

Como sería de esperar, el proceso que acompaña a una mujer, a la que se le informa que padece cáncer de mama, requiere de mecanismos de reconstrucción psíquica que le permita organizar una respuesta a los retos que genera este padecimiento (Yoo, Ghil, Yang, Cho y Mclaughlin, 2013; Díaz, 2010). Para que ello sea posible, se necesita disponer de unos mecanismos adaptativos conocidos como estrategias de afrontamiento (Herrera & Rodríguez, 2009). Tales estrategias, permitirán adquirir una capacidad estabilizadora ante una situación de estrés (Herrera & Rodríguez 2009; Mera & Ortiz, 2012). Se trata de que las mujeres dispongan de la capacidad y recursos para poner en marcha determinados mecanismos que les ayuden a adaptarse a la situación estresante que tienen que experimentar debido al diagnóstico de la enfermedad.

Las estrategias de afrontamiento han sido definidas por diferentes autores. Pelechano (2000), por ejemplo, señala que se trata de formas particulares y específicas que ponen en marcha las personas para manejar los

estresores. Las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer hacen referencia, por tanto, al proceso de adaptación mediante el cual se utilizan procesos cognitivos y conductuales para intentar cambiar la situación, ajustar los afectos y emociones de manera que les permitan encontrar un sentido a la enfermedad y poder hacer frente a la impotencia e incertidumbre sobre su futuro, así como a las dificultades para alcanzar objetivos de vida y a los cambios físicos y psicológicos (Cieslak Pawlukiewicz & Kleka, 2013).

Uno de los mejores indicadores sobre cómo sobrellevará una mujer una enfermedad tan compleja como es el cáncer de mama, es su modo o forma de afrontar las situaciones estresantes o traumáticas (Haber, 2000). Se puede afirmar que, en general, existe un cúmulo de evidencias empíricas que muestran la influencia que ejercen ciertas estrategias de afrontamiento en la determinación del curso o el pronóstico de algunas enfermedades (Augusto & Martínez, 1998). Robert, et al. (2010) exponen que la utilización de diferentes estrategias de afrontamiento en el caso del cáncer reduce la aparición de problemas en el transcurso de la enfermedad. Tanto es así que se han hallado datos que confirman que el afrontamiento emocional resulta eficaz en el proceso de ajuste a la enfermedad oncológica, tanto en hombres, como en mujeres (Dalnim, Crystal y Thomas, 2013). De hecho, las estrategias y/o los estilos de afrontamiento son una de las variables más discutidas y que se vinculan con bastante frecuencia a la calidad de vida y bienestar psicológico en personas que se enfrentan a situaciones estresantes (Danhauer, Crawford, Farmer y Avis 2009; Uruza & Jarne, 2008).

Es de esperar que si la persona dispone de determinados recursos para hacerle frente a una situación traumática o estresante, como es el padecimiento de cáncer, que le permita emocionalmente hacerle frente a la misma, va a encontrar menos dificultades psicológicas para ajustarse y adaptarse a las circunstancias personales que, tanto la enfermedad como el tratamiento de la misma, generen y que son aversivas para quien la padece.

Es importante tener en cuenta que las estrategias de afrontamiento no tienen por qué coincidir con unos adecuados resultados. Estos pueden ser adaptativos, cuando consiguen regular el estrés y las emociones negativas, o

pueden resultar inadecuadas o no adaptativas cuando el estrés se mantiene y las emociones producen una alteración del estado emocional (Lazarus, 1993).

Vargas (2009) clasifica los mecanismos de adaptación como cognitivos, afectivos y conductuales. A su vez, distingue, dentro de las estrategias de afrontamiento, entre aquellas que son adaptativas y las no adaptativas. Dentro de las adaptativas incluye la resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional. Dentro de las no adaptativas contempla la evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica.

Existen estudios que muestran que las mujeres que padecen cáncer de mama y ponen en marcha estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (como son la expresión emocional y apoyo social) y centradas en el problema (como la reestructuración cognitiva), mejoran su calidad de vida y por tanto su bienestar (Haro-Rodríguez et al., 2014; Mera & Ortíz, 2012).

Respecto al afrontamiento activo de una enfermedad grave, hay datos que corroboran su relación con una reducción en la tensión asociada a la patología (Fawzy et al., 1993). Martín, Zainer y García (2003) hallaron que el afrontamiento pasivo se traduce a un deterioro en la calidad de vida de pacientes con cáncer, asociándose a un más acelerado progreso de la enfermedad (Epping-Jordan, Compas y Howell, 1994), y a un incremento en la tensión emocional (Heim, Valach y Schafner, 1997; Manne, Classman y Du Hamel, 2000). Por tanto, hacer frente de forma activa y buscar soluciones a las situaciones adversas que generan las enfermedades graves, es un predictor de bienestar. Por el contrario, enfrentarse de manera pasiva, aceptando la situación sin poner en marcha recursos, para restablecer la misma, tendrían el efecto opuesto.

Si bien el optimismo será abordado con más detalle con posterioridad, no se quiere obviar en este apartado la existencia de evidencias empíricas que lo relacionan con un favorecimiento del afrontamiento exitoso ante acontecimientos estresantes (Scheier & Carver 1993), considerándose un factor protector fiable de la adaptación de la mujer a la enfermedad de cáncer de mama (Epping-Jordan et al., 1999; Stanton & Snider, 1993). Concretamente,

el optimismo se relaciona de modo positivo con estrategias de afrontamiento favorables y de manera negativa con estrategias desfavorables (Chico, 2002). Martínez-Correa, Reyes, García-León y González-Jareño (2014) encontraron correlaciones positivas entre optimismo y determinadas estrategias de afrontamiento activo, como son la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva, así como correlaciones negativas con algunas estrategias de afrontamiento pasivo. Por su contra, los enfermos de cáncer más pesimistas muestran mayor número de estrategias de afrontamiento pasivo, tales como la negación de la situación y la evitación cognitiva (Carver et al., 1993; Stanton y Zinder, 1993), así como una mayor expresión de afectividad negativa, es decir ansiedad, desesperanza o indefensión (Schou, Ekeberg, Ruland, Sandwik y Karesen, 2004).

Existe cierto acuerdo entre diferentes investigadores y autores en considerar que el optimismo y las estrategias de afrontamiento están relacionados de manera positiva con la calidad de vida y bienestar en pacientes con cáncer de mama (Mera & Ortíz, 2012).

Mera y Ortíz (2012) llevaron a cabo un estudio con 25 mujeres con cáncer de mama en la ciudad de Santiago (Chile), hallando una asociación entre una mejor calidad de vida y bienestar, y la utilización de estrategias de afrontamiento activo. También encontraron que la búsqueda de apoyo social y el cambiar el significado de la situación estresante (en este caso las consecuencias sobrevenidas del cáncer de mama), considerándolo como estrategia de afrontamiento, se asoció a una adecuada calidad de vida o bienestar psicológico. Sin embargo, el enfrentar la situación estresante recurriendo a la autocrítica y/o a la retirada social, aislándose de las personas más cercanas, se relacionó con una baja calidad de vida (Mera & Ortiz, 2012). En la misma línea, se ha encontrado una asociación positiva entre pacientes que informaron utilizar estrategias de afrontamiento con análisis lógico, resolución de problemas, aceptación y resignación con mayor nivel de calidad de vida (Ocampo et al., 2011).

Ornelas, Tufiño, Vite, Tena, Riveros y Sánchez (2013), aplicando la Escala COPE Breve a 203 pacientes con cáncer de mama en fase de

tratamiento con radioterapia, hallaron puntuaciones elevadas en la dimensión humor, uso de sustancias y autoinculpación en dichas pacientes. De igual modo, señalaron que durante las primeras fases de la enfermedad (diagnóstico y cirugía), la dimensión negación presentó mayor probabilidad de ocurrencia, si bien, habría menos probabilidades de que se usase la negación como estrategia de afrontamiento cuando las mujeres se encontraban recibiendo radioterapia ya en su última fase tratamiento. En las dimensiones humor, planeación, valoración positiva y búsqueda de apoyo social, encontraron implícita la aceptación. Es decir, una mujer que ya ha aceptado que tiene cáncer de mama, hace bromas sobre la situación, sobre la enfermedad y las consecuencias de esta. Planea formas de enfrentar la misma, busca información y ayuda, y puede mostrar algún crecimiento personal en el proceso de afrontamiento. Ello reflejaría una revaloración positiva de su vida, y a su vez bienestar, a pesar del padecimiento de la enfermedad (Ornelas et al., 2013). Por último, se valora relevante señalar que estos autores concluyen, tras el análisis de la escala, que sería conveniente aplicar el instrumento en centros privados para conocer si hay diferencias en las estrategias de afrontamiento cuando las condiciones de atención de las mujeres enfermas son diferentes a las de los hospitales públicos.

Por otro lado, Ortiz et al (2014) encontraron que las estrategias de afrontamiento puestas en marcha con más frecuencia en los pacientes con cáncer eran la religión, la reevaluación positiva, solución de problemas y búsqueda de apoyo social. En el presente estudio también se pretende encontrar si las dimensiones de religión y la búsqueda de apoyo social pueden estar relacionadas de alguna manera con el bienestar.

Atendiendo a los estudios en los que se abordan posibles diferencias entre mujeres enfermas de cáncer de mama y mujeres que no padecen la enfermedad, respecto a sus estrategias de afrontamiento, se encuentra que las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama tenían una capacidad reducida para controlar sus emociones y tendían a usar estrategias más evitativas de afrontar el estrés, como por ejemplo, la negación (Manna, et al., 2007). En el contexto del cribado del cáncer de mama, las mujeres que habían sido sometidas a una biopsia después de haber recibido resultados anormales en

una mamografía, y que usaban frecuentemente la expresión de emociones y reestructuración cognitiva, mostraron una mayor adaptación a la situación (Chien, et.al, 1996). Sin embargo, un uso mayor de la evitación como estrategia de afrontamiento para superar la situación estresante, estuvo asociado con un mejor ajuste emocional en el periodo que duró dicha situación (Clutton, Pakenham, Buckley, 1999).

Por otro lado, en una evaluación de las consecuencias psicológicas de una vigilancia constante al objeto de prevenir el cáncer de mama en mujeres con un alto riesgo hereditario de padecerlo, se encontró que la búsqueda de apoyo social, la expresión de las emociones, y los pensamientos reconfortantes se relacionaron con menores niveles de malestar psicológico (Pieterse, et al., 2007). Sin embargo, el afrontamiento pasivo se asocia a niveles más elevados de malestar psicológico (Cardenal & Cruzado, 2014).

Parece, por tanto, en relación a la conexión entre estrategias de afrontamiento y ajuste o bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama, que los estudios citados han encontrado relación entre poner en marcha determinadas estrategias de afrontamiento, como la solución de problemas, o la reestructuración cognitiva en pacientes diagnosticados de cáncer, con menores niveles de ansiedad y depresión.

Por lo que, tras el análisis bibliográfico, se puede inferir que las estrategias de afrontamiento en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, pueden ser adaptativas y útiles para que éstas experimenten bienestar psicológico y calidad de vida, en cambio, los estilos de afrontamientos más pasivos pueden dar lugar a un aumento de los niveles de ansiedad y depresión, y por tanto un decremento del bienestar psicológico y la calidad de vida.

Estos datos sugieren que una variable importante a tener en cuenta para evitar o prevenir cuadros psicopatológicos en enfermas de cáncer, y las consecuencias físicas que ello conlleva, son las citadas estrategias de afrontamiento. Por tanto, parece interesante que un equipo especializado en esta área pudiera entrenar a estas pacientes en la adquisición de estrategias de afrontamiento adaptativas.

A la luz de la revisión realizada, es de esperar que recibir un diagnóstico de cáncer de mama obliga a las mujeres a realizar una reconstrucción de su vida y, por tanto, a realizar ciertos cambios en sus estrategias de afrontamiento para poder superar una nueva situación a la que no se habían enfrentado nunca y que puede conllevarles fatales consecuencias. Igualmente es de esperar que si se decantan por estrategias adaptativas, experimentarán unos niveles de ajuste y bienestar mejores que si se decantan por estrategias desadaptativas. En tales casos su evaluación y la aplicación de intervenciones psicológicas que faciliten cambios hacia estrategias más adaptativas resultará fundamental.

1.3.3.2. Regulación e Inteligencia emocional.

La investigación sobre expresión de emociones y bienestar, así como el estudio de los procesos implicados en la salud constituye un área que suscita un gran interés en la actualidad entre la comunidad científica (Cardenal-Hernandez, 2001; Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Liberman & Goldstein, 2006; Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel y Pérez Manga, 2001).

La regulación emocional ha sido definida como la activación y uso de determinadas estrategias que las personas ponen en marcha para transformar o modificar el curso, la intensidad, la calidad, duración y la expresión de las experiencias emocionales en pos del cumplimiento de objetivos personales (Cole, Martín y Denis, 2004; Garber y Dodge, 1991; Gross, 1998b, John y Gross, 2007; Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012; Thompson, 1994).

La emoción comienza con una evaluación tanto de las señales contextuales que están presentes en el entorno, como de las internas al propio individuo. Una vez atendidas y evaluadas, estas señales desencadenan un conjunto coordinado de respuestas que involucran la experiencia subjetiva, el sistema fisiológico y el conductual. Una vez que se disparan, tales respuestas se pueden modular de diversas maneras (Gross y Thompson, 2007; Porro, et al., 2012).

Una de las estrategias que mayor apoyo empírico y experimental ha presentado es la supresión de la expresión emocional (Porro, et al., 2012). Consiste en una forma de modular la respuesta que se refiere a la inhibición del curso expresivo conductual de la experiencia emocional (John & Gross, 2004; Silva, 2005). John y Gross (2004) señalan que, el utilizar determinadas estrategias de regulación emocional resulta un componente fundamental del bienestar psicológico. Por ejemplo, el uso crónico de la supresión emocional se ha asociado con resultados contraproducentes para dicho bienestar psicológico (Gross & John, 2003). También se ha relacionado con dificultades para el desarrollo de relaciones interpersonales con personas íntimas y cercanas (Gross & John, 2004), bajos niveles de autoestima (Caprara & Steca, 2005), mayor cantidad de episodios y experiencias de emociones negativas (afecto negativo), menor apoyo social percibido y menores niveles ansiedad (Denis, 2007; Durbin & Shafir, 2007; Garnefski, Rieffe, Jellesma, Terwogt y Kraaij, 2007; Goldsmith, 2004; Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Kashdan & Steger, 2006).

Por el contrario, la expresividad emocional se refiere a los cambios conductuales que suelen ir acompañados de las emociones, incluyendo el rostro, la voz, los gestos, la postura y el movimiento del cuerpo (Gross & John, 1995, 1997). Destacando su carácter multifacético, dentro de la expresividad emocional se diferencian tres dimensiones: la expresividad positiva, la expresividad negativa y la fuerza del impulso emocional (Gross y John, 1998).

Centrándose en investigaciones sobre regulación emocional y pacientes con cáncer, diversos estudios indican que tanto la expresividad emocional como la supresión de las emociones, juegan un importante papel en la salud tanto física, como psicológica de los pacientes (Bageley, 1979; Bleiker & Van der Ploeg, 1999; Giese-Davis & Spiegel, 2003; Nyklícek, Vingerhoets y Denollet, 2002).

Derogatis, Abeloff y Melisaratos (1979) llevaron a cabo un estudio longitudinal con 25 mujeres enfermas de cáncer de mama, pudiendo observar que, aquellas pacientes que presentaron un periodo de supervivencia más largo, correspondían a aquellas que expresaron un mayor grado de estrés en la

entrevista de base y un alto grado de hostilidad en evaluaciones de la sintomatología clínica (medida con el Cuestionario de 90 Síntomas SCL-90), de depresión y culpabilidad. Llegaron a la conclusión de que, las pacientes enfermas de cáncer de mama que expresaban externamente las emociones negativas, el estrés y la tensión psicológica sobrevivían más que las que no lo hacían.

De estos resultados podría inferirse que las pacientes de cáncer de mama que exteriorizan sus emociones negativas, presentan un mejor pronóstico de la enfermedad y su evolución, que aquellas que no lo hacen.

Gavira, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007) llevaron a cabo un estudio con 28 pacientes enfermos de distintos tipos de cáncer, de ambos géneros y encontraron que la expresión emocional abierta era la estrategia de afrontamiento menos utilizada por los mismos.

Porro, et al. (2012), estudiando a pacientes enfermos de cáncer y a personas sin diagnóstico de tal enfermedad, obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la frecuencia de uso tanto de la supresión, como de la expresión emocional. Los pacientes oncológicos utilizaban más la supresión emocional como estrategia de regulación emocional que el grupo de comparación. A su vez, expresaban menos sus emociones negativas que los no diagnosticados de dicha enfermedad. Esto podría ser indicativo de que el suprimir las emociones y no expresar abiertamente las emociones negativas, podrían constituir un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

Por otro lado, desde la teoría de Millon, se defiende como determinados rasgos o estilos de personalidad guardan una relación directa con la represión emocional. Concretamente, los rasgos Evitativos, Depresivos y Dependientes tienen en común la dificultad para reconocer las necesidades personales y emocionales, así como conflictos para una adecuada expresión emocional (Millon & Davis, 1998, 2001). De dicha asociación se extrae que la supresión emocional está relacionada con la sintomatología depresiva y el afecto negativo.

La supresión emocional ha sido una de las variables que más interés ha despertado en la investigación psicosocial en pacientes con cáncer. Es considerada una variable psicológica que notoriamente afecta el ajuste psicosocial en personas con cáncer, y que podría mediar en los resultados de su padecimiento a nivel físico (Porro, et al., 2012).

Son numerosos los autores que consideran que la supresión emocional, como forma de regulación emocional, es un componente clave en el patrón de conducta Tipo C, que conforma un conjunto de actitudes y conductas relacionadas funcionalmente, y que consisten en un estilo de interacción paciente, pasivo, apacible, poco asertivo, conformista y de extrema cooperación y control de la expresión de las emociones negativas, especialmente de las indicadores de agresividad (Termoshok y Dreher, 1993; Watson y Greer, 1998; Spencer, Carver y Price, 1998).

Cardona-Serna, Jaramillo y Facio-Lince (2013) consideran que el patrón de conducta Tipo C, es decir, aquellas personas que tienen un carácter centrado en la inhibición y la negación de las reacciones emocionales negativas (como la ansiedad, agresividad y la ira), y caracterizadas por la expresión exagerada de emociones y conductas socialmente deseables, podrían considerarse como el patrón de la represión emocional. Concretamente, llevaron a cabo un estudio en el que hallaron que las personas con este patrón de conducta, emocionalmente contenidas frente al estrés, tienen más probabilidad de desarrollar cáncer.

Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal (2009) consideran que la represión emocional, referida a la dificultad para la descripción y comunicación de emociones negativas, como la ira, la ansiedad o el dolor, representa un estilo de afrontar situaciones en la vida frecuentemente encontrado en mujeres enfermas de cáncer de mama.

Como se puede comprobar, son numerosos estudios los que muestran una relación estadísticamente significativa entre la represión emocional y el nombrado patrón de conducta Tipo C, así como entre la inhibición de la expresión de emociones negativas y el desarrollo y evolución del cáncer en general, y concretamente con el cáncer de mama.

Por el contrario, también existen estudios que obtuvieron resultados opuestos. Torres (2006), evaluó un grupo de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, y otros dos grupos de comparación (mujeres enfermas de cáncer de cérvix y mujeres que no padecían enfermedad neoplásica de ningún tipo), para ver la relación entre el patrón de conducta Tipo C y el riesgo de padecer cáncer de mama. En los resultados halló que, efectivamente, el patrón de conducta Tipo C es un estilo de afrontamiento relacionado con la predisposición a la enfermedad oncológica, dado que la proporción de participantes con el citado patrón de conducta fue más elevado en los dos grupos conformados por mujeres con cáncer (de mama y cérvix). Sin embargo, no encontró diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos de mujeres con respecto al patrón de conducta Tipo C, no pudiendo probar, por tanto, que dicho patrón, relacionado con la supresión emocional, constituyese un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama concretamente. Por otro lado, halló resultados mínimos en los niveles de depresión en los tres grupos, siendo el grupo de mujeres con cáncer de mama donde se presentó la proporción más baja (2.5%) en comparación con las mujeres con cáncer de cérvix (9.1%) y las mujeres sin cáncer (3.8%). Por tanto, concluyó que los niveles de depresión encontrados en el grupo de mujeres con cáncer no estaban relacionados con el patrón de conducta Tipo C y sí con variables médicas como el estadio de la enfermedad. A modo de conclusión final, consideró que las pacientes con patrón de conducta Tipo C no son depresivas, o bien, los niveles altos de depresión no están relacionados con dicho patrón de conducta.

Por otro lado, respecto a la Inteligencia Emocional, Mayer y Salovey (1997) la definen como la habilidad para procesar la información, para la percepción, asimilación, comprensión y regulación de las propias emociones y las de los demás, fomentando el crecimiento emocional e intelectual. Haría referencia a las destrezas y habilidades con las que se consigue percibir los estados emocionales, asumiéndolos como tales y expresándolos convenientemente. Implicaría comprender adecuadamente la naturaleza de dichos estados y regularlos, impidiendo sus efectos negativos y sacando provecho de los aspectos positivos para una adaptación satisfactoria a cada situación, y ser capaces de hacer lo mismo con los estados emocionales de

otras personas, lo cual guarda cierta relación con la dimensión del bienestar psicológico propuesto por Ryff (1989) de Crecimiento Personal. Son múltiples los estudios desarrollados sobre este constructo, su relación con diversos indicadores de ajuste personal y social (Bermudez, Teva y Sánchez, 2003; Fernández-Berrocal & Extremera, 2006; Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001; Fierro, 2006; Mayer, 2001; Salovey y Mayer, 1990; Zacagnini, 2004).

Se ha podido constatar que correlaciona positivamente con la autoestima y negativamente con la ansiedad, y que es asociada a una mayor capacidad de respuesta a estimulación afectiva negativa, así como a una más rápida recuperación de la misma (Smith, et al., 2011). Ello es indicativo de que el tener unos niveles adecuados de inteligencia emocional guarda una relación negativa con el deterioro psicológico causado por acontecimientos vitales estresantes, o experiencias traumáticas, como es el caso de padecer cáncer de mama (Mikolajczak, Petrides, Caumans y Luminet, 2009).

La inteligencia emocional, por tanto, es un componente clave en una buena salud, siendo esto más evidente en el caso de las mujeres (Martins, Ramalho y Morin, 2010). En el caso de las pacientes enfermas de cáncer de mama, esta asociación se corrobora y se presenta como un fuerte predictor de la adaptación psicológica en las pacientes (Cerezo, 2014). Del mismo modo, en pacientes con cáncer de mama, la inteligencia emocional se relaciona con bienestar personal (Cerezo et al. 2007; 2009 a,b,c.).

En una investigación realizada con 98 pacientes de cáncer de mama de todas las edades, Haro-Rodríguez, Gallardo-Vid et al. (2014), hallaron que la Inteligencia Emocional de las pacientes predijo la calidad de vida que tendrían tras la intervención quirúrgica, y correlacionó con la prontitud en la consulta médica y con la determinación y cooperación en los tratamientos, provocando así una predisposición al optimismo, variable que también se ha asociado positivamente con el bienestar emocional y con las estrategias de afrontamiento.

A la vista de los resultados encontrados, sería de esperar que la experiencia de padecer un cáncer de mama pueda conllevar una modificación

en las estrategias de regulación de sus emociones y en sus capacidades emocionales. Más concretamente, sería de esperar que aquellas que presenten mejores niveles de los mismos, presenten a su vez mejores niveles de ajuste personal y social.

1.3.3.3. Autoestima e imagen corporal.

Una de las dimensiones psicológicas que parece juega un papel fundamental en las mujeres que padecen cáncer de mama es la autoestima. Los efectos secundarios de los tratamientos que reciben estas mujeres, como es el caso de la alopecia, suponen un cambio a nivel físico que, a menudo, repercuten en su autoconcepto. Por otro lado, como se mencionó en apartados anteriores, está el papel que juega en la cultura occidental el pecho de la mujer y su relación con la sexualidad, la belleza y el atractivo físico. Cabe esperar que cuando experimenten el sentimiento de pérdida de una mama, o una parte de ésta, se produzca un decremento en los niveles de satisfacción consigo misma.

Los estudios sobre el impacto de los efectos secundarios de la cirugía en la autoestima de mujeres con cáncer de mama han aumentado recientemente en comparación al impacto de los efectos secundarios de otro tipo de tratamientos, como puede ser la quimioterapia o radioterapia.

Rosberg (1965) define la autoestima como la actitud integral que tiene la persona de sí misma, ya sea negativa o positiva. Esta definición es una de las primeras que se pueden encontrar sobre esta dimensión psicológica. Otros autores han ido aportando más información con la que se pretende completar dicha definición. La autoestima implicaría la valoración positiva o negativa que una persona tiene de sí misma, los sentimientos sobre las características personales y la valencia afectiva de estos, es decir, el grado de satisfacción que una persona tiene consigo mismo (Mora & Raich, 2010).

En relación a la revisión bibliográfica realizada para este estudio, se considera relevante centrar la atención en un término que, en el ámbito científico, se relaciona con la autoestima y que también forma parte del

autoconcepto como es el de "Imagen Corporal". Raich (2000) define la imagen corporal como la percepción que tienen las personas tanto de su cuerpo a nivel global, como de cada una de sus partes, del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, y valoraciones que se llevan a cabo, se sienten y el modo de comportarse derivado de dichas cogniciones y sentimientos.

Existen evidencias de que las mujeres enfermas de cáncer de mama que son sometidas a cirugía conservadora, presentan mejores niveles de autoestima, que las que se someten a cirugía radical (mastectomía) (Die & Die, 2003).

Achte, Lindfors, Salokari, Vauhkonen y Lehvonen (1987) hallaron un claro efecto negativo de la mastectomía sobre la imagen corporal, manifestado por las mujeres como sentimientos de vergüenza y problemas para verse desnudas. En la misma línea, Vázquez-Ortiz, Antequera, y Blanco (2010) comprobaron que el 50% de las mujeres mastectomizadas presentaban preocupación por reanudar sus relaciones sexuales, miedo al rechazo de la pareja y percibían una disminución de su interés sexual. Asimismo presentaron más problemas relacionados con la propia desnudez y una valoración más negativa de su atractivo físico. Las mujeres mastectomizadas presentaron alteraciones en la sexualidad y en la imagen corporal más allá del primer año tras la cirugía, siempre y cuando no hubieran recibido intervención psicológica. Los autores concluyen que la mastectomía tiene un efecto negativo en la autoestima de mujeres que padecen cáncer de mama, así como del grado de satisfacción que sienten hacia su cuerpo.

A su vez, Segura-Valverde, García-Nieto y Saul (2014) encontraron que la autoestima relacionada con los aspectos corporales de las mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía radical o conservadora, era más baja y negativa que las mujeres de un grupo de comparación que no padecían la enfermedad. Por otro lado, hallaron que aunque el nivel de autoestima en las mujeres sometidas a cirugía radical fue menor que la de las mujeres sometidas a cirugía conservadora, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. A partir de este estudio se ha considerado que, en relación a los niveles de

autoestima, no hay diferencias entre mujeres que han sido mastectomizadas y las que han sido tumorectizadas, aunque sí hay un deterioro de esta dimensión por el hecho de padecer cáncer de mama o estar sometida a algún tratamiento para paliar dicha enfermedad.

Por otra parte, cabe destacar que los tratamientos que reciben las mujeres con cáncer de mama, como son la quimioterapia o la radioterapia, también tienen una importante repercusión en la imagen corporal de las mujeres, además de en su libido y fertilidad, disminuyendo por tanto, sus niveles de autoestima (Sebastián, 2003). Este estudio no solo se refiere a el decremento en la autoestima por los cambios físicos que produce la quimioterapia, sino también a los efectos secundarios que tiene, tales como fatiga, cansancio o pérdida de la libido, lo cual les hace sentirse menos satisfecha consigo misma.

Finalmente, Martínez, Camarero y López (2014) llevaron a cabo un estudio con 30 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama con el objetivo de medir el nivel de autoestima de mujeres que se encontraban en fase de tratamiento y sus estilos de afrontamiento. Encontraron que la autoestima en las mujeres evaluadas se presentaba entre los niveles bajo y medio, lo que consideran una autoestima deteriorada. Entre las estrategias de afrontamiento fundamentales que hallaron en las mujeres se encontraron, el autocontrol, es decir, los esfuerzo de las pacientes para regular los propios sentimientos y acciones, la reevaluación positiva, o sea los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal, y la planificación o esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica del problema. Ante estos resultados los autores concluyen que la autoestima de las mujeres con cáncer de mama se encuentra dañada y la percepción de su persona se ve seriamente afectada, con independencia de las estrategias de afrontamiento que éstas pongan en marcha para hacer frente a la enfermedad.

Como parece constatarse de forma reiterada, es frecuente que el diagnóstico de cáncer de mama y los tratamientos que se aplican a las pacientes para paliarlo afecten a la autoestima, con ideas de distorsión de su

imagen corporal, subvaloración, disminución o pérdida de la libido, rechazo inicial ante el apoyo emocional de la pareja y familias, así como con sentimientos de inferioridad al compararse con mujeres que no padecen la enfermedad, y por ende no presentan los cambios físicos provocados por los tratamientos (Front & Cardoso, 2009; Llull, Zanier, y García, 2003).

Es de esperar, por tanto, que los niveles de autoestima de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama sean inferiores respecto a no diagnosticadas. Igualmente sería deseable identificar aspectos psicoemocionales que pudieran actuar como protectores ante la reducción de tales niveles, de forma que se ayudara a estas mujeres a mejorar su satisfacción personal.

1.3.3.4. Optimismo disposicional, pesimismo y calidad de vida.

Los términos “pensamiento positivo”, felicidad u optimismo forman parte de la “psicología popular”, sin embargo, recientemente ha comenzado a ser objeto de estudio científico por parte la Psicología y otras disciplinas afines (Fernando, Chico y Tous, 2002; Vera-Villarroel, Valenzuela, Lillo, Martín y Milos, 2008).

Concretamente el optimismo ha sido objeto de diversas definiciones. Una de las más destacadas es la de Scheier, Carver y Bridges (1994) quienes, proponiéndolo como un constructo unidimensional polar, definen optimismo y pesimismo como las expectativas generalizadas, que pueden ser favorables o desfavorables, acerca de las cosas que le suceden a uno en la vida. Esta definición implica que, tanto el optimismo como el pesimismo, son rasgos relativamente estables, consistentes a través del tiempo y las situaciones. Por tal motivo, Sheier y Carver (1985) hacen referencia al optimismo disposicional para referirse a una creencia o expectativa generalizada, que se mantiene estable en el tiempo, de que ocurrirán sucesos positivos (Ji, Zhang, Usborne y Guan, 2004).

Son diversos los estudios que han corroborado la relevancia y utilidad del constructo optimismo, ya que permite predecir variables y estados de

considerable importancia en Psicología Clínica (Fernando et al., 2002; Ortiz, Ramos y Vera-Villaroel, 2003). Asimismo, el optimismo disposicional ha mostrado ser beneficioso para el bienestar físico y psicológico (Scheier et al., 1994). Se ha asociado a una mejor respuesta inmunocompetente, alarga la vida y mejora el estado de salud (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). En líneas generales, parece ser que aquellas personas más optimistas gozan de mejor salud, se quejan menos de los síntomas físicos y acuden menos al médico (Ostir, Markides, Black, Goodwin, 2000; Tindle et al., 2009).

Cuando se hizo mención a los estilos de afrontamiento en apartados anteriores, el optimismo disposicional se señaló como un predictor significativo de éstos, estando positivamente relacionado con el uso de herramientas puestas en marcha para disminuir el estrés (Chico, 2002; Grau, Hernández y Vera-Villarroel, 2005). En el momento en que surgen situaciones complicadas o difíciles, las expectativas positivas dan lugar a un aumento de los esfuerzos por alcanzar metas y objetivos, promoviendo un afrontamiento activo y persistente, mientras que las expectativas negativas tienen el efecto contrario (Fernando, Chico y Tous, 2002). Es decir, cuando las personas optimistas se enfrentan a situaciones o eventos estresantes, dado que esperan que se resuelva positivamente, pone en marcha sus recursos y estrategias activas para la resolución del problema, siendo la aceptación y la resignación las estrategias que pondrían en marcha las personas pesimistas. Estas tienden a considerar que, por más que se esfuercen, los resultados finales serán negativos.

En general, el perfil del optimista está relacionado con una menor vulnerabilidad a la experiencia de problemas de salud (Remor, Amorós, y Carrobles, 2006). Otra característica de las personas optimistas es que atribuyen las causas de los eventos negativos que les sucede a causas externas, inestables en el tiempo y relacionadas a un ámbito concreto (Seligman, 1988). Teniendo en consideración todo ello, se podría esperar que aquellas pacientes que afronten con pensamientos positivos el diagnóstico de cáncer de mama, puedan atribuir lo que les está sucediendo a causas externas a ellas, inestables en el tiempo, y controlable en gran medida por los tratamientos a los que serán sometidas. Estas atribuciones les permitirá alejar sentimientos de culpa por estar enfermas, así como el miedo a la no

superación de la propia enfermedad, y/o experimentar una reaparición de la misma (Mera & Ortiz, 2012).

Diversos estudios que ponen de manifiesto que el organismo de las personas optimistas presentan mejores respuestas del sistema inmunológico que el de las personas pesimistas (Mera & Ortiz, 2012).

Respecto a la calidad de vida, a pesar de que aún no existe un consenso entre los diferentes autores a la hora de dar una definición exacta, hay una tendencia general a considerarla como un constructo multidimensional (Carreras & González, 2002), que incluye a todos los factores que ejercen un impacto sobre la vida de una persona (Hernández & Grau, 2005) y que considera factores físicos, sociales, psicológicos y la subjetividad o percepción que el propio individuo tiene de estos (Brodhead, Robinson y Atkinson, 1998; Weitzner y Meyers, 1997; Winer, 1994).

El cáncer de mama, como enfermedad crónica que es, tiene un importante impacto en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen, siendo por esto muy necesario aprender a adaptarse a las consecuencias tanto a nivel físico, como psicológico y social derivados de esta patología (Urzúa & Jarne, 2008). Se podría decir que la calidad de vida, en enfermedades como el cáncer de mama, es un indicador de cómo la persona se siente y adapta a lo largo del proceso oncológico (Pastells y Font, 2014).

Mera y Ortiz (2012) llevaron a cabo un estudio con 25 mujeres enfermas de cáncer de mama cuyo objetivo fundamental era orientar y adecuar de la mejor manera sus abordajes terapéuticos, considerando entre otras variables el optimismo y la calidad de vida. Los resultados encontrados fueron que las mujeres con cáncer de mama que contaban con una mejor calidad de vida eran más optimistas. Otro de los hallazgos fue que las mujeres con cáncer de mama que presentaban mayor nivel de optimismo, presentaron mejor salud psicológica, social y ambiental, incluyendo cada uno de estos dominios de la calidad de vida diferentes aspectos, tales como, una imagen corporal más ajustada, más sentimientos positivos, mayores niveles de autoestima, mejores capacidades cognitivas como la memoria y concentración, mejores relaciones sociales, apoyo social, o actividad sexual, entre otros. Parece posible

considerar por tanto que, en el caso de las mujeres que padecen cáncer de mama, el hecho de presentar una tendencia al optimismo dará lugar a que presenten un mayor nivel de bienestar psicológico.

Las pacientes que son optimistas usan estrategias de afrontamiento activo como pueden ser la aceptación, la planificación, la reinterpretación positiva, el sentido del humor o incluso el apoyo en la religión, tanto para el apoyo moral y espiritual como una creencia de que es una prueba para darle sentido a la vida y como crecimiento personal (García-Viniegras & González, 2007; Pastells & Font, 2014). Como se vio anteriormente, el poner en marcha estilos de afrontamiento activo está relacionado con una mejor adaptación a la enfermedad, con lo que también es predecible que haya una mejor calidad de vida y bienestar.

Asimismo se ha constatado empíricamente que el optimismo disposicional influye en el progreso de la enfermedad. Las pacientes con cáncer de mama que suelen “pensar en aspectos positivos”, se quejan de menos dolencia física, presentan buena predisposición al trato médico e incluso un mayor crecimiento postraumático o resiliencia tras la recuperación, presentan menos preocupaciones relacionadas con la salud y se centran en el apoyo social recibido (Pastells y Font, 2014).

En la misma línea, Font y Cardoso (2009) en una investigación con una muestra de 189 mujeres con cáncer de mama, encontraron que “pensar en aspectos positivos” se relacionaba con estrategias de afrontamiento comportamentales como hablar con los médicos. Por su parte, las personas pesimistas mostraban menos afrontamiento conductual, con las repercusiones que cada estilo de afrontamiento tiene en el bienestar psicológico y físico.

Deimling, Bowman, Sterns, Wagner y Kahana (2006), estudiando una muestra de 321 enfermas de cáncer de mama, encontraron que aquellas personas más optimistas se preocupaban menos por la salud, presentaban menos niveles de ansiedad y depresión. Igualmente constataron que las quejas y preocupaciones de las pacientes se relacionaban directamente con el optimismo disposicional, y estas a su vez, predecían significativamente tanto la

depresión como la ansiedad. Parece por tanto que, nuevamente, evidencia que el optimismo muestra una relación positiva con el bienestar.

Por otro lado, Bruce et al. (2012) señalan que el optimismo disposicional y el afecto positivo podrían predecir el nivel de dolor postquirúrgico en pacientes que han sido intervenidas tras un diagnóstico de cáncer de mama.

Otros autores han encontrado que las pacientes con cáncer de mama y de cérvix mostraron relaciones significativas entre el pesimismo y la depresión, sin embargo, esta relación no se daba con el optimismo (Sucala & Szentagotai-Tatar, 2010). De igual modo, Schol, et al. (2012) hallaron el pesimismo como un predictor del malestar emocional en 106 mujeres que padecían cáncer de mama. En la misma línea, Pastells y Font (2014), estudiando a 50 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, encontraron que las más optimistas valoraban mejor su calidad de vida global, mostrando significativamente menos rabia, menos dolor, menos dificultades para moverse, se sentían menos cansadas, dormían mejor, continuaban con sus actividades cotidianas en casa, tenían más interés e ilusión por las cosas y sentían menos miedos, influyendo de foma positiva en el bienestar emocional. Asimismo hallaron que las mujeres pesimistas manifestaban una mayor pérdida de la calidad de vida y, por tanto, mayores niveles de malestar psicológico.

A la vista de lo revisado, sería de esperar que el diagnóstico de cáncer de mama generara en las mujeres la necesidad de desarrollar un cambio en sus expectativas respecto el futuro que las espera. Igualmente, sería de esperar que aquellas que obtengan mayores niveles de optimismo utilicen estrategias de afrontamiento más adaptativas, un mejor ajuste psicológico tras el diagnóstico de la enfermedad y durante el tratamiento, y que presenten un mejor estado de ánimo (Vázquez & Castilla, 2007).

1.3.3.5. Resiliencia y crecimiento postraumático.

Como se ha puesto de manifiesto, en los últimos años se ha incrementado notablemente el interés por estudiar la relación entre diversos factores psicoemocionales y su vinculación con el cáncer en general, y con el

cáncer de mama específicamente. Uno de los conceptos que está despertando cada vez más interés dentro de la comunidad científica en los diferentes campos de la psicología, incluido el campo de la salud, es el de *Resiliencia*. Este término surge como parte de una subdisciplina joven conocida como Psicología Positiva y, aunque hace relativamente poco tiempo que es objeto de estudio, ha mostrado ser un predictor importante en el afrontamiento de numerosas enfermedades.

A pesar de la diversidad de definiciones formuladas en relación al concepto de resiliencia, todas destacan ciertas características comunes que tienen que ver con la capacidad de salir fortalecido de una situación traumática.

Serisola (2003) expresa que la resiliencia tiene su origen en el latín, “resalió” y significa saltar hacia atrás, rebotar, volver atrás. Este un término extraído de la física, y aplicado a la Psicología, considerando que en la física se usa para describir la capacidad que tiene un material de recobrar su forma original después de haber estado sometido a altas presiones.

El interés por comprender y explicar cómo las personas hacen frente a las experiencias traumáticas siempre ha existido (Vera, Becoña y Vecina, 2006). Sin embargo, más allá de los modelos patogénicos de salud, existen otras formas de entender y conceptualizar el trauma. La mayor parte de los expertos centran su atención en atender las debilidades del ser humano. Es habitual concebir a un individuo que ha sufrido una experiencia traumática como una víctima que potencialmente desarrollará un trastorno psicopatológico. Por el contrario, desde los modelos más optimistas y salutogénicos, se entiende que la persona es activa y fuerte, dotada de la capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades. Esta concepción enmarcada dentro de la Psicología Positiva, busca comprender los procesos, mecanismos y recursos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano (Vera, et al., 2006).

Águila (2000) define la resiliencia como la capacidad que poseen las personas para resistir, sobreponerse y salir delante de manera exitosa después de haber pasado por dificultades o acontecimientos traumáticos y daños graves en la vida a nivel psíquico, moral y social.

Ya en 1993, Wagnild y Young señalaron que el concepto de resiliencia hacía referencia a una característica de personalidad que tiene un efecto moderador en el impacto negativo que el estrés tiene en la persona, fomentando la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional, y se ha utilizado para describir a personas con valentía y capacidad para adaptarse ante los infortunios de la vida.

Para Rutter (1996), se trata de la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte e incluso poder triunfar a pesar de las situaciones adversas.

Cerezo (2014) refiere la resiliencia como la capacidad que tiene el ser humano para resistir y rehacerse frente a los embates de la vida, recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del desastre.

Como se puede observar en las distintas definiciones ofrecidas por diferentes autores, la resiliencia tiene que ver con la capacidad de las personas de resistir ante situaciones traumáticas y salir fortalecido de la misma.

En la definición de resiliencia se han de incluir cualidades como la inteligencia, la salud, el temperamento, darle sentido a las experiencias, disponer de habilidades para identificar y relacionarse con modelos positivos, tener buena voluntad y confianza en las relaciones, habilidades de resolución de problemas, flexibilidad o perseverancia (Becoña, 2006; Carver, 1998).

Teniendo en cuenta lo expuesto, cabe esperar que la resiliencia fomente y promueva la salud mental. Parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aun habiendo experimentado un acontecimiento o situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso en un nivel superior, como si el trauma experimentado hubiese despertado esos recursos latentes e insospechados que antes de experimentar el acontecimiento estresante no habían percibido (Bowen, Morasca, y Meischke, 2003; Vázquez & Castilla, 2007).

Por otro lado se señala que el concepto de resiliencia tiene varias acepciones. En el campo de la salud mental, una definición clara y precisa sería, capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e, incluso, ser transformados por las mismas (Grotberg, 1995).

Grotberg (2003) expone algo verdaderamente interesante para el entendimiento del concepto de resiliencia. Señala que ser resiliente no quiere decir que no se experimenta la dificultad y el dolor en la situación adversa. El dolor emocional y la tristeza son comunes en las personas que han sufrido grandes adversidades o traumas, de hecho, es usual que el camino a la resiliencia conlleve un dolor emocional significativo. No se trata de una característica que los individuos poseen o no, la resiliencia incluye conductas, pensamientos y acciones que son aprendidas y desarrolladas por cualquier persona. Lo mismo ocurre con el crecimiento postraumático, concepto que se definirá más adelante y que en el campo de investigación de la resiliencia en pacientes oncológicos suele usarse como sinónimo. Hay que tener en cuenta que no se trata de un estado de bienestar, es más, deben existir circunstancias en las que dicho crecimiento conlleve un incremento del malestar emocional (Tomich & Hegelson, 2004). Schroevers, Kraaij y Garnefski (2011) indican que las experiencias de cambios positivos y negativos son de alguna manera independientes, pudiendo coexistir. Así, una persona puede estar experimentando una situación traumática y vivenciarla con emociones negativas, pero a su vez se puede estar fortaleciendo de la misma.

López (2008) enumera las siguientes características que permiten a una persona salir con éxito después de un evento traumático: Capacidad para resolver los problemas, autonomía, creatividad, tener iniciativa, sentido del humor, adecuada autoestima, poseer esperanza, ser competente, poseer control emocional, tener equilibrio personal, ser empáticos, adaptarse a situaciones difíciles o de riesgo, ser flexibles, positivos, con capacidad de resistencia, autocríticos, optimistas, independientes, con capacidad de enfrentar activamente los problemas cotidianos, con capacidad para tomar decisiones y ser tolerantes.

Numerosas personas que sufren de enfermedades crónicas demuestran capacidades de superación y adaptación positiva a la experiencia (Garstein, Noll y Vannata, 2000). Siguiendo a los mismos autores, el adaptarse a la enfermedad es algo que está determinado por la interacción entre factores de riesgo y protección. Hablan de tres factores esenciales de riesgo como son, las variables de la enfermedad (gravedad, visibilidad, o problemas médicos

asociados), nivel de funcionamiento, y estresores psicosociales que se relacionan con la enfermedad. Entre los factores de protección nombran las variables intrapersonales (temperamento o habilidades para resolver problemas, entre otros), condiciones sociales (ambiente familiar, apoyo social y recursos de la comunidad), y habilidades en el procesamiento del estrés (evaluación cognitiva y estilos y estrategias de afrontamiento). La investigación científica en los últimos años se ha centrado en los factores que suponen una protección en pacientes que sufren de alguna enfermedad y que tienen una función de mediadores para la resiliencia (Serrano & Lask, 2003). En los pacientes que padecen cáncer, el optimismo, el autocontrol y la habilidad para encontrarle significado a las experiencias de la vida fomenta el hecho de que el paciente salga airoso frente a este acontecimiento (Seligman, 1998).

El cáncer y todo lo que dicha enfermedad conlleva (tratamientos, hospitalizaciones, efectos secundarios, etc), ha demostrado ejercer un impacto emocional en la persona que lo padece. Cerezo (2014) señala que, en el cáncer, la resiliencia se ha venido llamando *crecimiento postraumático*, dado que las emociones y cogniciones positivas pueden ser resultado también de la vivencia de situaciones traumáticas. El crecimiento postraumático se podría definir como la capacidad de las personas de generar respuestas de crecimiento y maduración personal, sin negar la experiencia de la adversidad experimentada, dándole un significado o sentido a la misma (Costa & Gil, 2008; Vázquez & Castilla, 2007). El evento traumático da lugar a una crisis existencial que desemboca en un proceso de rumiación constructiva, asociado a la búsqueda de significado en medio de una gran incertidumbre y percepción de vulnerabilidad (Cerezo, 2014). Se trata de un proceso reparador, una reestructuración cognitiva que puede servir de ayuda para encontrar una explicación a lo ocurrido (Calhoun & Tedeschi, 2006). El concepto de crecimiento postraumático incluye respuestas como el aumento de la autoestima, mayor apreciación de la vida y su significado, aumento de la espiritualidad, más sentimientos de calma o paz y de sentido (Acinas, 2014).

Tedeschi y Calhoun (2004) consideran que hay variables individuales que están asociadas al crecimiento postraumático. Destacan dos características de personalidad que facilitarían que la persona busque un

sentido más positivo a las consecuencias de un acontecimiento traumático. Estas serían la extroversión y la apertura a la experiencia, las cuales se relacionarían a su vez positivamente con el afecto positivo valorado a través de la autoestima y la sensibilidad al refuerzo (Vázquez & Castilla, 2007).

El pseudocrecimiento defensivo sería otro término relacionado con el crecimiento postraumático. Este término es propuesto por los autores que no confían demasiado en la veracidad del crecimiento postraumático (Campos-Ríos, 2013). Zoellner y Maercker (2006) sugieren la posibilidad de concebir el crecimiento postraumático como una ilusión adaptativa a corto plazo que permite al paciente defenderse y compensar el malestar emocional causado por el evento traumático. Sin embargo, Vázquez y Castilla (2007) aseguran que los datos que existen actualmente indican la percepción de cambios positivos en pacientes con cáncer, no estando asociados con la disposición o los indicadores específicos de evitación, específicamente en la situación de los pacientes oncológicos.

Álamo, Caldera, Cardozo y González (2012), llevaron a cabo un estudio con pacientes con cáncer, planteándose como objetivos el describir las características de personalidad resiliente en dichos enfermos, identificar qué factores son protectores para desarrollar resiliencia en personas con cáncer, y determinar las conductas resilientes en dichos pacientes. Tras analizar sus resultados concluyeron que, en relación a las características de personalidad resiliente en personas con cáncer, tienen poca iniciativa, no tienen capacidad para relacionarse consigo mismo, no asumen la suficiente capacidad de resistencia en situaciones desafiantes y no disponen de una orientación hacia la búsqueda de los recursos sociales. En relación al indicador de capacidad para relacionarse con otras personas, hallaron que tenían gran tendencia a relacionarse con los demás y una permanente y positiva regulación emocional para brindar y recibir afecto. Por otro lado, encontraron que los pacientes con cáncer que presentaban bajas probabilidades de desarrollar factores protectores de resiliencia se caracterizan por presentar poca asertividad, poca flexibilidad, bajos niveles de autoestima, deficiente estilo de interacción cálido y no crítico, y una baja actitud de compartir responsabilidades, así como pocas expectativas elevadas y realistas. En cuanto a las conductas resilientes de

estos pacientes concluyeron que, los pacientes con diagnóstico reciente de cáncer no tenían definido el sentido de compromiso, no lograron enriquecer sus vidas de acuerdo a sus experiencias, y no poseían fortalezas suficientes para aceptar y entender el diagnóstico reciente de su enfermedad, lo cual llevó a pensar que estas personas no habían logrado desarrollar en el transcurso de sus vidas conductas resilientes.

La mayoría de estudios científicos psicooncológicos llevados a cabo en mujeres con cáncer de mama concluyen que el ajuste psicológico es mucho más adecuado cuando las mujeres encuentran sentido a la experiencia (Bellizzi & Blank, 2006; Scignaro, Barni y Magrin, 2010), tras los tratamientos tienen menos secuelas emocionales negativas (Aspinwall & MacNamara, 2005; Aydin, 2008; Bozo et al., 2009; Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson y Andykowski, 2009), se cuidan más durante el tratamiento, y una vez acabado, llevan una vida más saludable, con un mayor compromiso con su salud (Vázquez & Castilla, 2007). A la vista de estos resultados, podría decirse que las mujeres que muestran mayor crecimiento postraumático o mayores niveles de resiliencia aprovechan los aspectos positivos que pueden extraer de la enfermedad.

García-Serrablo, Acevedo y Ortiz (2011) señalan que las mujeres con cáncer de mama han llegado a percibir su enfermedad de forma diferente, y que han llegado a encontrar beneficios, después de haber sido diagnosticadas y haber afrontado el tratamiento de la misma. Lo cual indica que esta muestra de mujeres sí mostraron unos adecuados niveles de resiliencia y crecimiento postraumático.

Asimismo, Pelusi (1997) indicó que la mujer que sobrevive al cáncer de mama evoca sentimientos y preocupación por el resto de mujeres que le rodean. Es decir, al identificar, reconocer y manejar estos sentimientos y preocupaciones, las enfermas de cáncer de mama hallan sentido a su proceso de enfermedad, que sirve a su vez para proveerles confort, y crecimiento personal al enfrentar su propio futuro incierto, siendo esto una respuesta mediada por la resiliencia.

Por otra parte, Pinguart, Frohlich y Silbereisen (2007) hallaron que a las mujeres que tienen que enfrentar las condiciones de salud derivadas del cáncer de mama, les surgen actitudes y pensamientos negativos, y también positivos.

También Crespo y Rivera (2012) llevaron a cabo un estudio con el objeto de valorar el poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama. Usando una metodología cualitativa con cuatro mujeres diagnosticadas de dicha enfermedad, encontraron factores comunes en ellas relacionados con el desarrollo de la resiliencia. Concretamente, mencionaron haber salido fortalecidas al sobreponerse al diagnóstico de cáncer de mama. Asimismo encontraron que evolucionaron a tener más fe, sentirse más capaces de solucionar problemas, poder relacionarse mejor con las personas que le rodeen y hasta tener menor preocupación acerca de su enfermedad. Es decir, pudieron asignarle nuevo significado a su vida, hasta llegar a comprender que su diagnóstico y tratamiento del cáncer les permitió descubrir con optimismo un nuevo propósito en la vida, “luchar contra la enfermedad y sobrevivir a la misma”, lo que también es un indicador de bienestar. Se podría afirmar que la resiliencia tiene una relación positiva con el bienestar y la satisfacción vital. Por último, encontraron que las cuatro participantes de este estudio consideraron sentirse beneficiadas después de haber logrado afrontar tanto el diagnóstico como el tratamiento del cáncer, y reconocieron haber salido fortalecidas de la enfermedad. A pesar de que la muestra de este estudio fue muy reducida, el uso de una metodología cualitativa les permitió profundizar más sobre los factores psicosociales y emocionales de las mujeres que habían sido diagnosticadas de cáncer de mama y se habían enfrentado a los tratamientos para paliarla.

Centrando la atención en la intervención psicooncológica, Coreil, Wike y Pintado (2004), en un estudio donde analizaron varios grupos de apoyo concluyeron que, fomentar el entendimiento de la enfermedad como oportunidad para enriquecerse y autodescubrirse, y no sólo como un enemigo al que hay que vencer, favorecía el encontrar aspectos positivos de la vivencia de la enfermedad, aumentando así la calidad de vida y el bienestar.

Por último, resaltar que son varios los estudios que señalan que las puntuaciones en crecimiento postraumático son significativamente más elevadas en mujeres con cáncer de mama, que una muestra de mujeres que no habían sido diagnosticadas de dicha enfermedad (Cordova, Cunningham, Carlson y Andrykowski, 2001; Karanci, & Erkman, 2007). Ello indica, una vez más, que es necesario pasar por el acontecimiento traumático para poder desarrollar la resiliencia. También se ha asociado con valores elevados de crecimiento postraumático el estadio del tumor, la percepción de amenaza ante el diagnóstico de cáncer o la incertidumbre del pronóstico (Lechner, et al., 2003).

A la luz de la revisión, sería de esperar que el diagnóstico de cáncer de mama conlleve una vivencia dolorosa y traumática que afecte de forma significativa a la capacidad de resiliencia de las mujeres, pudiéndose prever, a su vez, la existencia de relación entre los niveles de resiliencia y la capacidad de las mujeres para afrontar activamente la evolución de su enfermedad.

1.3.4. Ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama.

En el presente apartado se realizará una revisión de los principales estudios realizados sobre el estado psicológico y ajuste mental de las mujeres que padecen cáncer de mama. Se abordarán, por un lado, los estudios llevados a cabo sobre adecuados ajustes psicológicos con variables como la satisfacción con la vida, bienestar psicológico y afecto positivo, y por otro, las variables que ponen en riesgo dicho ajuste psicológico, como la ansiedad, la depresión y los afectos negativos. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los estudios encontrados sobre el bienestar o malestar se han llevado a cabo relacionándolo con los factores psicoemocionales que se han trabajado anteriormente, por lo que gran parte de la información que podría tener cabida en este apartado ya se ha citado anteriormente. Por tal motivo, en el siguiente apartado no se extenderá en exceso.

1.3.4.1. Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y afecto positivo en mujeres con cáncer de mama.

Aunque el abordaje científico del bienestar es relativamente reciente, el sentirse bien y la felicidad es algo a lo que el ser humano le ha otorgado gran importancia, desde hace miles de años (McMahon, 2006). En el área de la Psicología, los estudios sobre bienestar se iniciaron hace casi 50 años y, en su transcurso, han dado lugar a dos grandes tradiciones (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002):

- a) **La hedónica:** que se ha encargado de estudiar el bienestar subjetivo, es decir, cómo y por qué las personas experimentan su vida de forma positiva, incluyendo juicios cognitivos y reacciones afectivas (Diener, 1994). Originalmente concibió el bienestar como un indicador de la calidad de vida basado en la relación entre las características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado por las personas (Campbell, Converse y Rodgers, 1976).
- b) **La eudaemónica,** centrada en el bienestar psicológico, para la que el desarrollo personal, el estilo y las formas de afrontar los retos vitales, el esfuerzo y el afán por la consecución de las metas resultan relevantes.

Entre los factores explicativos de este deseo de sentirse bien, se encuentra el que el estado de bienestar cumple una importante función de autorregulación emocional y conductual (Hervás & Vázquez, 2006).

Cuando se aborda el bienestar psicológico es importante distinguir elementos emocionales y cognitivos. Esta distinción se incorpora en el llamado bienestar subjetivo (concepto que incluye tanto el estado emocional como la valoración, más abstracta, del grado de satisfacción con la vida) (Diener, Oishi y Lucas, 2003). Sin embargo, el estado emocional es de carácter más variable, y está más centrado en la experiencia a corto plazo, siendo la satisfacción con la vida una perspectiva más amplia en el tiempo y de mayor estabilidad (Vázquez, Duque y Hervás, 2012). La tradición del bienestar eudaemónica integra aspectos psicológicos, la dimensión individual y social, y el mundo dado intersubjetivamente construido. Desde esta perspectiva, el bienestar implica la

valoración que los individuos hacen de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad (Zubieta & Delfino, 2010). La satisfacción con la vida corresponde al componente de bienestar subjetivo y se define como la evaluación general que un individuo hace de su propia vida (Atienza, Pons, Balaguer, y García-Merita, 2000; Diener, Scollon y Lucas, 2009; Vera-Villaruel, Urzúa, Pavez, Celis-Atenas y Silva, 2012).

Desde una perspectiva conceptual, Lucas, Diener y Suh (1996), demostraron que la satisfacción vital es separable de los componentes afectivos del bienestar. Además, dicha distinción es de gran importancia dado que se asocian a variables diferentes y predicen resultados también diferentes.

Aunque las valoraciones generales sobre la satisfacción vital pueden estar sometidas a errores de memoria, y pueden depender hasta cierto punto del estado emocional de la persona en el momento de la evaluación (Kahneman, 1989; Schwarz & Strack, 1999), hay datos empíricos que demuestran que el juicio general de la satisfacción vital es un constructo muy sólido (Diener, Inglehart y Tay, 2012; Schimmack & Oishi, 2005).

El concepto de satisfacción vital es un reflejo de una valoración sobre la propia vida basado en un proceso de comparación con un criterio establecido subjetivamente (Shin & Johnson, 1978). Consiste en una medida esencialmente cognitiva que puede hacer referencia a un juicio global sobre la experiencia vital general (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) o a diversos dominios como la salud, familia o vivienda, entre otros (Huebner, 1994). En los procesos cognitivos que dan lugar a un juicio sobre la satisfacción vital intervienen factores estables, como podría ser la personalidad, así como factores más situacionales, como el estado de ánimo (Vázquez, Duque y Hervás, 2013).

Mientras la tradición del bienestar subjetivo ha mostrado un interés especial en el estudio de la satisfacción con la vida y de los afectos, el bienestar psicológico se ha centrado en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas como indicadores de funcionamiento positivo (Díaz et al., 2006).

Ryff (1989a, 1989b) propuso un modelo multidimensional de bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones, la autoaceptación, las relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

La autoaceptación es uno de los criterios centrales del bienestar, las personas intentan sentirse bien consigo mismo, a pesar de ser conscientes de sus limitaciones. Se trata de tener actitudes positivas hacia uno mismo, lo cual es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo (Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002), así como también lo es la capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas (Erikson, 1996; Ryff & Singer, 1998). Las personas necesitan mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que confiar, por ejemplo, la capacidad para amar es un componente fundamental del bienestar (Allardt, 1996). En cuanto a la dimensión de autonomía, Ryff y Keyes (1995), sostienen que para que las personas puedan mantener su propia individualidad en diferentes entornos y contextos sociales, necesitan asentarse en sus propias convicciones y mantener su independencia y autoridad personal. La gente con autonomía son capaces de resistir más la presión social y presentan una mejor autorregulación de su propio comportamiento (Ryff & Singer, 2002). Otra de las características del funcionamiento positivo es la habilidad personal para seleccionar o crear entornos favorables para satisfacer los propios deseos o necesidades (Díaz et al., 2006). Por otro lado, el ser humano necesita marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido, es decir, tener un propósito en la vida (Díaz et al., 2006). El funcionamiento positivo requiere de las dimensiones anteriormente señaladas, así como del empeño por desarrollar potencialidad, seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades (Keyes et al., 2002).

En cuanto al afecto positivo, refleja el punto hasta el cual un individuo se siente entusiasta, activo, alerta, con energía y participación gratificante (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999).

Diener y Seligman (2002), señalan que la persona feliz se caracteriza por tener un temperamento positivo, con tendencia a ver las cosas desde el

lado favorable y que no rumia demasiado acerca de los eventos malos, tiene confidentes, amigos, y posee herramientas para la consecución de sus metas, y por ende, para enfrentar de manera satisfactoria el estrés.

En los estudios con pacientes oncológicos se han encontrado resultados que indican que el bienestar de estos pacientes se relacionaba positivamente con una adecuada reparación emocional (Cerezo & Ortiz-Tallo, 2007).

Hermosilla y Sanhueza (2015), señalan como variable de gran importancia para el bienestar, a pesar del diagnóstico de cáncer, el control emocional o la supresión de ciertos sentimientos importantes en el conocimiento de sí mismos y en la aceptación de una condición compleja de salud (Lange, 2001), la felicidad subjetiva (Galindo, 2006), y el bienestar (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001).

Hermosilla y Sanhueza (2015), en un estudio llevado a cabo con una muestra de 49 pacientes diagnosticados de cáncer en estado avanzado, concluyeron que el proceso de afrontamiento y adaptación de las personas propone un diverso uso de comportamientos y estrategias destinadas a resolver dificultades o adecuarse a una situación. Señalan que las personas, a pesar de sus distintas condiciones de vida, situaciones de salud, o condición social, ponen en marcha patrones de afrontamiento y adaptación, caracterizados por una mirada positiva respecto a sus expectativas y actualidad.

En lo que respecta al bienestar psicológico y subjetivo en mujeres con cáncer de mama, hay autores que indican que después de una primera fase de adaptación a la enfermedad, las pacientes son capaces de conseguir controlar sus reacciones emocionales, no encontrándose diferencias significativas entre las mujeres con cáncer de mama, y aquellas que no padecen la enfermedad en los niveles de depresión (Torrico, Santín, López y Andrés, 2003). La personalidad de la mujer que se enfrenta al cáncer de mama condicionará el afrontamiento del mismo, y por tanto a su bienestar (Harrington & Loffredo, 2001). En líneas generales se señala que la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima pueden condicionar los niveles de bienestar en cualquier etapa del ciclo vital,

así como la autodeterminación y habilidad de competencia (Diener, Oishi, y Lucas, 2003). García-Viniegras y González (2007) señalan que se observa una estrecha relación entre bienestar y afrontamiento, es decir, que las personas con mayor nivel de bienestar está mejor preparada para desarrollar afrontamientos satisfactorios.

Por otro lado, Hernandez y Grau (2006) exponen que si la evaluación inicial que una mujer diagnosticada de cáncer de mama es de riesgo, si una autoevaluación posterior es de autoconfianza en la efectividad para afrontar el desafío que el cáncer impone, suele garantizar un adecuado nivel de bienestar en estas enfermas.

También se ha encontrado que un afrontamiento de aceptación activa, en el que la mujer ha de comprometerse con su autocuidado y con la consecución de otras metas significativas para su vida, esto proporciona mejor ajuste psicológico a largo plazo (Stanton, Danoff-Burg y Huggins, 2002). Sin embargo, cuando el afrontamiento se caracteriza por la negación de la enfermedad y del problema, esto suele acompañarse con bajos niveles de bienestar en mujeres que padecen cáncer de mama (McCaul et al. 1999; Schnoll, Knowles y Harlow, 2002).

Otros resultados encontrados fueron los de Del Mar González-Tablas, Palenzuela, Pulido, Sáez y López (2003) quienes hallaron que las estrategias de búsqueda de apoyo, solución de problemas, distanciamiento y reevaluación positiva, se relacionaban con menores niveles de ansiedad y depresión, funcionando como un mecanismo protector contra el estrés que el cáncer de mama podría provocar en las mujeres que lo padecían (Del Mar González-Tablas et al., 2003).

La influencia de las creencias religiosas sobre el afrontamiento de la enfermedad en las pacientes con cáncer de mama, también ha sido ampliamente estudiado, encontrándose que los recursos espirituales pueden contribuir a que las mujeres enfermas de cáncer hagan una interpretación de esa situación como una prueba de Dios para reafirmar el sentido de la vida y el crecimiento personal (Gall & Cronblad, 2002).

García-Viniegras y González (2007) señalan que el cáncer de mama, aunque se trate de una enfermedad crónica y potencialmente limitante, no tiene porque llevar implícita la condición de infelicidad. Según estas autoras el estadio de la enfermedad, el tiempo de supervivencia, y los diferentes tratamientos aplicados, así como la personalidad, los recursos individuales y sociales que median el afrontamiento y las estrategias resultantes, marcan una determinada calidad subjetiva de la vida de estas pacientes.

Por otra parte Leyra, Solano, Labrador, Gallegos y Ochoa (2011), en un estudio con mujeres con cáncer de mama concluyeron que éstas se adaptaban y afrontaban su problema de salud, mostrando un nivel de adaptación integrado de 59%, satisfaciendo las necesidades, determinando la significatividad de las relaciones entre procesos de afrontamiento y adaptación, con el tipo de diagnóstico y el nivel educativo.

Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal (2009), llevaron a cabo un estudio con mujeres enfermas de cáncer de mama, para la evaluación de un programa de intervención psicológica que constaba de 12 sesiones. Entre los resultados encontraron que las mujeres con las que se intervino en la dificultad para expresar y regular las emociones, mejoraron tras la intervención su expresión emocional y su bienestar, comparándolas con un grupo de mujeres enfermas de cáncer de mama y que no habían recibido dicha intervención. Aprendieron a reparar sus estados emocionales negativos y mejoraron su bienestar personal.

Asimismo, se ha comprobado que existen determinados aspectos de la extroversión, estabilidad emocional, neocriticismo, autoestima y otras variables de personalidad que se constituyen como recursos personales, y que hacen a las mujeres con cáncer de mama más resistentes al estrés y con menos secuelas negativas, o por el contrario las hace más vulnerables (Sánchez-Canovas, 1996).

Antoni et al. (2006) llevaron a cabo un estudio con 199 mujeres con cáncer de mama no metastásico. Aplicaron una intervención psicológica basada en la terapia cognitivo-conductual grupal, encontrando que dicha intervención incrementó el bienestar emocional y el afecto positivo, produciendo cambios positivos en el estilo de vida de estas mujeres.

Por otro lado, Bellver et al. (2009), llevaron a cabo un estudio con 119 mujeres enfermas de cáncer de mama en fase de tratamiento con quimioterapia, al objeto de evaluar la eficacia de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. Los investigadores concluyen principalmente que el afecto positivo y el afecto negativo son dimensiones independientes que permiten la evolución del estado emocional durante el tratamiento con quimioterapia, así como que las emociones positivas constituyen amortiguadores de los efectos nocivos del estrés sobre el organismo. Por último indican que a pesar, de que hay mujeres que poseen estrategias personales para enfrentar la enfermedad sin necesidad de intervención psicológica, consideran crucial el intervenir con todas ellas, para evitar el malestar de aquellas que no son capaces de poner en marcha estrategias de afrontamiento para hacer frente al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

Por último, se han encontrado resultados que indican que un nivel elevado de percepción de beneficio y bienestar general ante el diagnóstico de cáncer, puede llegar a servir como paliativo para el estrés y depresión relacionados con el diagnóstico y manejo del cáncer de mama (Carver & Antoni, 2004).

En conclusión, el bienestar emocional de las mujeres que padecen cáncer de mama, se ve afectado por variables de diversa índole, entre ellas las que se han abordado anteriormente, es decir, factores psicoemocionales como los estilos de afrontamiento, la regulación emocional, el optimismo, la resiliencia o la autoestima, entre otros.

Se considera realmente importante detectar inicialmente qué variables pueden estar influyendo y trabajar en la medida de lo posible sobre las mismas, de cara a conseguir un mayor ajuste, adaptación y bienestar en las pacientes que padecen cáncer de mama.

1.3.4.2. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama.

La mayoría de estudios científicos llevados a cabo con pacientes oncológicos han centrado su atención en las emociones negativas, ansiedad y depresión. Recientemente se ha incorporado el estudio de variables positivas.

Para iniciar este apartado se va a recordar aspectos que ya se han mencionado con anterioridad, dado que no dejan de estar relacionados, como por ejemplo que el uso de diversas estrategias de afrontamiento puede reducir la posibilidad de que aparezcan trastornos psicopatológicos en pacientes con cáncer de mama, o que el afrontamiento emocional y la expresión de emociones ha mostrado ser eficaz en el proceso de ajuste a la enfermedad oncológica. Es por ello, que se ha valorado conveniente estudiar en el presente trabajo tanto los factores emocionales, como los niveles de ansiedad y depresión que las mujeres con cáncer de mama podrían presentar, y analizar si existe relación con dichos factores psicoemocionales, tal y como la literatura señala.

En los diferentes estudios de investigación sobre psicooncología revisados, se comprueba cómo se ha prestado gran atención tanto a la ansiedad, como a la depresión. La ansiedad, se puede definir como la anticipación de un daño, amenaza o desgracia, acompañada de emociones negativas y sentimiento de disforia y/o síntomas somáticos de tensión, dando lugar a cambios tanto emocionales, como físicos, (contracturas musculares, dificultades para descansar, etc). La depresión se puede definir como la ausencia de afectividad positiva, apatía o pérdida del interés o capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente sí disfrutaba, bajo estado de ánimo y presencia de una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y de conducta asociados a la misma (García-Herrera, Nogueras, Muñoz y Morales, 2011). Moreno, Krikorian y Palacio (2015) señalan que son numerosos los autores que han tratado el tema del malestar emocional, la ansiedad y la depresión en pacientes con diferentes diagnósticos y estadios de cáncer.

La ansiedad y la depresión, en diferentes momentos de la enfermedad, son las principales manifestaciones de malestar psicológico que aparecen en las mujeres con cáncer de mama (Ornelas-Mejorada, Tufiño y Sánchez-Sosa,

2011). Carver, Scheier y Segerstrom (2010) y Lee, Cohen, Edgar, Laizner y Gagnon (2006) señalan que las mujeres que padecen cáncer de mama presentan menos niveles de ansiedad durante el tratamiento.

Otros estudios demuestran que las mujeres con enfermedad neoplásica de mama experimentan altos niveles de depresión y ansiedad producidas por el diagnóstico (Ganz, Polinsky, Schag y Heinrich, 1989).

Sin embargo, Ortiz et al. (2014), en un estudio con pacientes de cáncer, hallaron que éstos presentaban niveles normales de ansiedad y depresión, explicando los niveles normales de depresión por una correlación negativa que encontraron con la autoestima y con la reevaluación positiva. Por lo que concluyeron que los niveles de ansiedad y depresión estaban relacionados con las estrategias de afrontamiento.

Robles, Morales, Jiménez y Morales (2009) llevaron a cabo una investigación con mujeres con cáncer de mama encontrando que una alta afectividad negativa y una baja afectividad positiva se relacionaron con la presencia y el grado de severidad de sintomatología depresiva y ansiosa en las mujeres.

Por otro lado, varios estudios muestran que, durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, el porcentaje de mujeres que presentan alteraciones emocionales con síntomas de ansiedad ronda en torno al 30%, y en el caso de los síntomas depresivos el 15% (Bárez, 2002; Millar, Purshotham, McLatatchie, George, y Murray, 2005; Skarkstein, Aass, Fossa, Skovlund, y Dalh, 2000; Söllner, Maislinger, Kóing, De Vries y Lukas, 2004; citado en Fuentes y Blasco, 2014).

Finalmente, se podría concluir que son numerosos los estudios que se contradicen a este respecto. Algunos autores afirman que la ansiedad y la depresión son trastornos que suelen estar presentes en las mujeres enfermas de cáncer de mama. Otros tantos no han encontrado diferencias significativas en los niveles de depresión y ansiedad en mujeres enfermas respecto a grupos de comparación formados por mujeres que no padecían la enfermedad.

En el presente estudio, a pesar de considerar importante corroborar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en mujeres con cáncer de mama y sin dicha enfermedad, en relación a estas dos variables, se focalizará también la atención en la posible relación que sobre tales alteraciones psicopatológicas tienen los factores psicoemocionales abordados.

4. REFERENCIAS

- Abaguttas, J.E. y Dunstan, Y. (2013). Rol de la cirugía en el manejo del cáncer. *Horiz Med*, 13 (3), 33-39.
- Abric, J.C. (1996). Specific processes of social representations. *Papers on social representation*, 5, 77-80.
- Achte, K., Lindfors, O., Salokari, M., Vauhkonen, M.L., Lehvonen, R. (1987). Psychological adaptation in the first postmastectomy year. *Psychair Fenica*, 18, 103-112.
- Acinas, M.P. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiqu Biol*, 21(2), 65-71.
- Aguila, M. (2000). *Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes*. Lima: Universidad Nacional de Federico Villareal.
- Aires-González, M.M. y Virizuela-Echaburu, J. A. (2009). Aportaciones de la psicooncología al cáncer de mama. En Salvador, J. (coord.), *Cuadernos multidisciplinares de cáncer de mama*. Madrid: SANED.
- Álamo, G., A., Caldera, M.F., Cardozo, M.J., González, Y. (2012). Resiliencia en personas con cáncer. *Formación Gerencial*. Año 11, 2, 268-294.
- Albrektsen, G., Heuch, I., y Kvale, G. (1995). The short-term and long-term effect of pregnancy on breast cancer risk: A prospective study of 802457 parous Norwegian women. *Br J Cancer*, 72, 480-484.
- Alexander, F. (1952). *La medicina psicosomática*. París: Payot.
- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (comps.), *La calidad de vida* (pp.126-134). México: F.C.E.
- Almanza-Muñoz, J.D.J. y Holland, J. C. (2000). Psico-oncología : estado actual y perspectivas futuras. *Revista Del Instituto Nacional de Cancerología*, 46 (3), 196–206.

Alonso Fernández, C. y Bastos Flores, A. (2011). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187–207. <http://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>.

Álvarez O.C., Robert M.V. y Valdivieso B.F. (2013). Psicooncología : Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Condes*, 24(4), 677–684.

Álvarez O.C., Robert M.V. y Valdivieso B.F. (2013). Psicooncología : Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Condes*, 24(4), 677–684.

Amigo Vázquez, I. (2012). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Antoni, M.H., Lechner, S.C., Kazi, A., Wimberly, S.R., Sifre, T., y Urcuyo, K.R. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1143-1152.

Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11 (1), 11-18.

Arribas-Martín, A., Díaz Pizarro, J.I., Muñoz-Hijonosa, J.D., Valdés-Castañeda, A., Cruz-Ramírez, O. y Marie, M. (2014). Estudio comparativo entre cirugía laparoscópica y cirugía abierta en cáncer colorrectal. *Cir Cir*, 82, 274-281.

Arrindell, W.A., Meeuwesen, L. y Huyse, F. J. (1991). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences*, 12(2), 117-123.

Asken, M.J. (1979). Medical Psychology: Toward definition, clarification and organization. *Professional Psychology*, 10, 66-73.

Asociación Española contra el Cáncer (AECC) (2013, Septiembre 27) De: Asociación Española contra el Cáncer. Recuperado de

<https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/fases.aspx>

Aspinwall, L.G., y Tedeschi, R.G. (2010a). The Value of Positive Psychology for Health Psychology: Progress and Pitfalls in Examining the Relation of Positive Phenomena to Health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 4-15. Doi: 10.1002/cncr.21244.

Atienza, F.L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.

Augusto, J.M., y Martínez, R. (1998). Afrontamiento al estrés y salud: panorama actual de la investigación. *Boletín de Psicología*, 58, 31-48.

Aydin, E. (2008). Trauma and Resilience in Women Diagnosed with Breast Cancer: A Transactional Analysis Perspective. *Transactional Analysis Journal*, 38(4), 323-334.

Babin, E. y Grandazzi, G. (2010). Vivre avec le cancer. La vie des conjoints de patients laryngectomisés. *Psycho-Oncologie*, 4, 303-308. Doi: 10.1007/s11839-010-0289-8.

Bageley, C. (1979) Control of the emotions, remote stress, and the emergence of breast cancer. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 6, 213-220.

Balatsky, G. y Diener, E. (1993). A comparison of the well-being of soviet and american students. *Social Indicators Research*, 28(3), 225-243.

Ballester, R. (1998). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Valencia: Promolibro.

Bargenter, A. (1995). Rethinking the relation between science and common sense: A comment on the current states of SR theory. *Papers on social representations*, 4(1), 1-78.

- Barreto, P. Y Soler, C. (2008). Predictores del duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Barriga, S. (1988). *Salud y Comunidad: reflexiones psicosociales*. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.
- Beck, A., Guth, D., Steer, J., y Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck depression inventory for primary care. *Behaviour, Research and Therapy*, 35 (8), 785-791.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Bellizzi, K.M., y Blank, T.O. (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47-56. Doi: 10.1037/0278-6133.25.1.47.
- Belloch, A. (1996). Mentes y cuerpos: amores, desamores y renuncia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 235-269.
- Bellver, A., Sánchez-Canovas, J., Santaballa, A., Munráiz, B., Pérez-Fidalgo, J.A. y Montalar, J. (2009). Mujeres con cáncer de mama: Evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología*, 6(1), 139-154.
- Berkman, L.F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic medicine*, 57 (3), 245-254.
- Bérmudez, M.P., Teva, I. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psicológica*, 2(1), 27-32.
- Berquin, A. (2010). The biopsychosocial model: much more than additional empathy. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1511-1513.
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. New York: Grune & Stratton.

- Bishop, G.D. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. Boston, MA, US: Allyn and Bacon.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G. y Briere, N. M. (1989). L`Echelle de satisfaction de vie: validation canadienne-francaise du satisfaction with life scale [French-canadian validation of the Satisfaction With Life Scale]. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21(2), 210-223.
- Blanco Picabia, A. (1996). Psicología Clínica, Psicología de la Salud... ¿En qué quedamos? *Análisis y Modificación*, 22, 219-235.
- Bleiker, E.M.A. y Van Der Ploeg, H.M. (1999). Psychosocial factors in the etiology of breast cancer: Review of a popular link. *Patient Education and Counseling*, 37, 201-214.
- Blot, W.J. (1999). Invited commentary: more evidence of increased risks of cancer among drinkers. *Am J Epidemiol*, 150,1138-1140.
- Bonica, J.J. (1982). Management of myofacial pain syndrome in general practice. *Journal of American Medical Association*, 189, 730-736.
- Botella, C. (1996). En defensa de la psicología clínica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 181-219.
- Bowen, D.J., Morasca, A.A. y Meischke, H. (2003). Measures and Correlates of Resilience. *Women y Health*, 38(2), 65-76.
- Broadhead, J., Robinson, J. y Atkinson, M. (1998). A new quality of life measure for oncology. *Journal of psychosocial oncology*, 6, 21-35.
- Bruce, J., Thornton, A.J., Scott, N.W., Marfizo, S., Powell, R. y Johnston, M. (2012). Chronic preoperative pain and psychological robustness predict actue postoperative pain outcomes after surgery for breast cancer. *Br J Cancer*, 107,937-946. Doi: 10.1038/bjc.2012.341.

- Cabello-González, R., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12, 155-166.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (2006). The foundations of Posttraumatic Growth: an expanded framework. En: Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G., editors. *Handbook of Posttraumatic Growth* (pp.3-23). Mahwah, New York: Lawrence Erlbaum Associate Publishers.
- Camacho, J. (2005). *Estadística con SPSS (versión) para Windows*. Madrid: Ra-Ma.
- Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: perceptions, evaluations and satisfactions*. Russel Sage Foundation, New York: Wiley.
- Campos-Ríos, M.M. (2013). Creciendo en la adversidad. Una revisión del proceso de adaptación al diagnóstico de cáncer y el crecimiento postraumático. *Escritos de Psicología*, 6(1), 6-13.
- Camps, C., Sánchez, P.T. y Sirera-Pérez, R. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35 – 48.
- Cano Vindel, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología: Investigación Y Clínica Biopsicosocial En Oncología*, 2(1), 71-80.
- Capara, G.V. y Steca, P. (2005). Affective and social self-efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10 (4), 275-286.
- Cardenal, C. y Cruzado, J.A. (2014). Estrategias de afrontamiento y malestar emocional en mujeres con resultados dudosos de su mamografía de cribado. *Psicooncología*. 2(3), 285-299.
- Cardenal, V. y Oñoro, Y. (1999). Perspectivas actuales en la investigación de las relaciones entre variables psicosociales y la enfermedad del cáncer.

- Psicología.Com*, 3(2). Disponible en línea: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_9.htm.
- Cardenal-Hernández, V. (2001). Estilos psicológicos y enfermedad física: variables psicosociales – el estilo de evitación emocional y su influencia en el cáncer. *Escritos de Psicología*, 5, 36-52.
- Cardona-Serna, E.J., Jaramillo, A.C. y Facio-Lince, V.E. (2013). Relación entre personalidad tipo C y el cáncer: Estado del arte. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas*. 7(10), 66-92.
- Carreras, C. y González, M. (2002). *Factores psicológicos y calidad de vida en cáncer*. México: Thomson.
- Carver, C. y Antoni, M. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598.
- Carver, C.S. (1998). Resiliencie and thriving. Issues, models and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245-266.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1990). Principles of self-regulation: Action and emotion. En E. T. Higgins y R. M. Sorrentino (Eds.): *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behaviors* (vol. 2, pp. 3-52). New York: Guilford.
- Carver, C.S., Pozo, C., Haris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L., y Clark, K.C., (1993). How coping mediates the effects of optimismo n distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 65: 375-390.
- Carver, C.S., Scheier M.F. y Segerstrom, S.C. (2010). Optimims. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889. Doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006.

- Castaño, M. y Palacios-Espinosa, X. (2013). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia. *Psicooncología*, 10 (1), 79-93.
- Castaño, M.E. (2006). Estilo de vida para prevenir el cáncer de mama. Revista en internet: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_2.pdf.
- Cerezo, M.V. (2014). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Información Psicológica*, 16, 17-27.
- Cerezo, M.V. y Ortiz-Tallo, M. (2007). Relación entre Inteligencia Emocional, y Bienestar Personal en Mujeres con Cáncer de Mama. Poster presentado en las *Jornadas "Emociones y Bienestar" de la SEAS (Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés)*, Septiembre, 27-29.
- Cerezo, M.V. y Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V. (2009b). Estudio longitudinal sobre bienestar y emociones: la reparación emocional y el cáncer de mama. Poster Presentado en las *II Jornadas de Emociones y Bienestar. Sociedad Española de Ansiedad y Estrés*. 1-3 Octubre en Madrid, España.
- Cerezo, M.V., Ortiz-Tallo, M. y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: Una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140.
- Cerezo, M.V., Ortiz-Tallo, M. y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (1), 129-138.
- Cerezo, M.V., Ortiz-Tallo, M. y Cardenal, V. (2009c). Programa de Inteligencia emocional: La Reparación Emocional y el Cáncer de Mama. Conferencia Presentada en *The II International Emotional Intelligence Congress*, 16-18 Septiembre, en Santander, España.

- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14, 544-550.
- Chien, C.C., David, A., Thompson, K., Smith, C., Lea, S. y Fahy, T. (1996). Coping strategies and psychiatric morbidity in women attending breast assement clinics. *Journal Psychosomatic Res*, 40, 265-70. Doi: 10.1016/0022-3999(95)00529-3.
- Cieslak, K., Pawlukiewicz, M. y Kleka, P. (2013). Styles of coping with stress of cancer in patients treated with radiotherapy and expectations towards medical staff-Practical implications. *Reports of Practical Oncology & Radioterapy*, 18(2), 61-66.
- Clutton, S., Pakenham, K.L. y Buckley, B. (1999). Predictors of emotional well-being following a "false-positive" breast cancer screening result. *Psychol Health*, 14, 263-275. Doi: 10.1080/088704499088407327.
- Cnattingius, S., Torrang, A., Ekbohm, A. y Granath, F. (2005). Pregnancy characteristics and maternal risk of breast cancer. *JAMA*, 294, 247-280.
- Cole, P.M., Martin, S.E. y Dennis, Y. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L., Carlson, C.R. y Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparaisn study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Coreil, J., Wilke, J. y Pintado, I. (2004). Cultural models of illness and recovery in breast cancer support groups. *Health Quality Research*, 14, 905-923.
- Costa, G. y Gil, F.L. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico de cáncer. *Psicooncología*, 5(1), 27-37.

- Crespo, L. y Rivera, M.L. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres de Puerto rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 109-126.
- Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con muestras de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Cruzado, J. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9-19.
- Curran, J.P. y Cattell, R.B. (1976). *Manual for the Eight State Questionnaire*. Champaign, IL, EE.UU.: Institute for Personality and Ability Testing.
- Dalmin, C., Crystal, L. y Thomas, B. (2013). Emotional approach coping: Gender differences on psychological adjustment in young middle-age cancer survivors. *Psychology & Health*, 28(8), 1-21.
- Danhauer, S.C., Crawford, S.L., Farmer, D.F. y Avis N.E. (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. , 32(4), 371-379. doi: 10.1007/s10865-009-9211-x.
- Dany, L., Apostolidis, T., Cannone, P., Suarez-Díaz, E. y Felipetto, F. (2009). Image corporelle et cancer: une analyse psychosociale. *Psycho-Oncologie*, 2, 101-107. Doi: 10.1007/s11839-009-0128-y.
- Dany, L., Dudois, É. y Favre, R. (2008). Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance. *Psycho-Oncologie*, 2(1), 53-58.
- Davis, M.H., Morris, M.M. y Kraus, L.A. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: associations with well-being and attachment. *Journal of personality and social psychology*, 74 (2), 468-481.
- De la Roche, J.C. (2005). *La psico-oncología: conceptos básicos*. Argentina: Temas de Salud Mental.

- De Vita, V.T., Hellman, S. y Rosenberg, S. (1984). *Cáncer. Principios y prácticas de Oncología*. Madrid: Salvat Editores.
- Decruyenaere, M., Evers-Kiebooms, G., Welkenhuysen, M., Denayer, L. y Claes, E. (2000). Cognitive representations of breast cancer, emotional distress and preventive health behavior: A theoretical perspective. *Psychooncology*, 9 (6), 528-536.
- Deimling, G.T., Bowman, K.F., Sterns, S., Wagner L.J. y Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psychooncology*, 15, 306-320. Doi: 10.1002/pon.955.
- Del Mar González-Tablas, M., Palenzuela, D.L., Pulido, R.F., Sáez Regidor, L.M. y López-Pérez, E. (2001). The role of generalized expectancies of control on coping and psychological adjustment in women with breast cancer. *Ansiedad y Estrés*, 7(1), 1-14.
- Dennis, T. (2007). Interactions between emotion regulation strategies and affective style: Implications for trait anxiety versus depressed mood. *Motivation and Emotion*, 31, 200-207.
- Derogatis, L., Abeloff, M. y Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms to breast cancer and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 242, 1505-1508.
- Díaz Rubio, E. y García Conde, J. (2000). *Oncología clínica básica*. Madrid: Arán.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.

- Díaz, V.E. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas de cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7, 155-160.
- Die, A. (1991). *Cirugía Oncológica*. Madrid: Ediciones DOYMA.
- Die, A. y Die, J. (2003). El cáncer y sus tratamientos. Die, M (Coord), *Psico-oncología* (pp. 41-53). Madrid: Ades Ediciones.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*. 3, 67-113.
- Diener, E. y Seligman, M.E.P. (2000). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81-84.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Inglehart, R. y Tay, L. (2012). The validity of life satisfaction measures. *Social Indicators Research*, 112(3), 497-527.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R.E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener, E., Scollon, C.N. y Lucas, R.E. (2009). The evolving concept of subjective well-being. En Diener, E. (Ed.) *Assesing well-being. The collected works of Ed Diener*. (pp.67-100). New York: Springer.
- Dunn, G.P., Old, L.L. y Schreiber, R.D. (2004). The immunology of cancer Immunosurveillance and Inmunoediting. *Inmunity*, 21, 137-148.
- Durbin, C.E. y Shafir, D.M. (2007). Emotion regulation and risk for depression. En J.R.Z. Abela y B.L. Hankin (Eds), *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Guilford Press.

- Echeburúa, E. (1996). La psicología de la salud en España: un camino errado. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 269-289.
- Ekbom, A., Hsieh, C.C., Lipworth, A., Adami, H.O. y Trichopoulos, D. (1997). Intrauterine environment and breast cancer risk in women: A population based study. *Journal of the National Cancer Institute*, 88, 71-76.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A Challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Epping-Jordan, J., Compas, B. y Howell, D. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: Avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychology*, 13, 539-547.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C. y Primo, K. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315-326.
- Erikson, R. (1996). Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (comps.), *La calidad de vida* (pp. 101-120). México: F.C.E.
- Ewing, J. (1931). *Neoplastic Diseases*. WB. Saunders Company.
- Fawzy, F., Fawzy, N., Hyun, C., Elashoff, R., Gurthrie, D., Fahey, J. y Morton, D. (1993). Malignant melanoma: Effects on early structure psychiatric intervention coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudios de casos*. Apéndice: test, técnicas y procedimientos de evaluación. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Berrocal, P. Ramos, N. y Extremera, N. (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, 79-95.

- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2006). Special issue on emotional intelligence: An overview. *Psicothema*, 18, 1-6.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernando, P., Chico, E. y Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14, 673-680.
- Ferrán, M. (2001). *SPSS para Windows: análisis estadístico*. Madrid: McGraw-Hill.
- Fierro, A. (2006). La inteligencia emocional ¿se asocia a la felicidad? Un apunte provinciano. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 241-249.
- Fife, B.L. y Wright, E.R. (2000). The Dimensionality of Stigma: A Comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of Health Social Behavioral*, 41(1), 50-67.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Font, A. y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6(1), 27-42.
- Foucar, E. (1996). Carcinoma-in-situ of the breast: have pathologists run amok? *Lancet*, 347, 707-708.
- Fuentes, S. y Blasco, T. (2012). Factores predictores de la adaptación a la enfermedad en pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama que acuden a un servicio de psicooncología. *Anales de Psicología*, 28(3), 736-742. <http://doi.org/10.6018/analesps.28.3.156031>

- Galindo, J. (2006). *Ética para adolescentes postmodernos*. México: Editorial publicaciones Cruz O.S.A; pp. 72-73.
- Gall, T.L. y Comblat, M.W. (2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(6), 524-535.
- Ganz, P., Polinsky, M., Schag, C. y Heinrich, R. (1989). *Rehabilitation of patients with primary breast cancer*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Garber, J. y Dodge, K.A. (Eds) (1991). *The development of emotion regulation of emotion regulation and dysregulation*. New York: Cambridge University Press.
- García-Serrablo, P., Acevedo, S. y Ortiz, N. (2011). Benefit finding in breast cancer patients: The perspective of Puerto Rican women, *118th APA Convention*, Washington: DC.
- García-Torres, B. (1983). Análisis y delimitación del constructo autoestima. Tesis Doctoral. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense.
- García-Viniegras, C.R.V. y González Blanco, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 25(1), 72-80.
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M.M. y Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 years old children. The development of an instrument. *European and child and Adolescent Psychiatry*, 6(1), 1-9.
- Garstein, M.A., Noll, B. y Vannata, K. (2000). Childhood aggression and chronic illness: Possible protective mechanisms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21, 315-333.
- Gavira, A.M., Vinaccia, S., Riveros, M.F. y Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde El Caribe*, 20, 50-75.

- Genitsch, V., Novotny, A., Seiler, C.A., Kröll, D., Walch, A. y Rupert-Langer, R. (2015). Epstein–Barr Virus in Gastro–Esophageal Adenocarcinomas–Single Center Experiences in the Context of Current Literature. *Front Oncol*, 5, 73. doi: [10.3389/fonc.2015.00073](https://doi.org/10.3389/fonc.2015.00073)
- Giese-Davis, J. y Spiegel, D. (2003). Emotional expression and cancer progression. En R.J. Davison, K.R., Scherer y H.H. Goldsmith (Eds). *Handbook of affective sciences* (pp. 1053-1082). Oxford: Oxford University Press.
- Gil Rosales-Nieto, J. y Luciano, M.C. (1996). Acerca de la psicología clínica y de la salud, su delimitación, coincidencia y diversidad y algunas reflexiones al hilo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 269-289.
- Giraldo, C. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales en el cáncer de mama. *Revista Salud Pública*, 11(4), 514-525.
- Giraldo-Mora, C. V. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. *Revista Salud Pública*, 11(4), 514–525.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la Salud. Delimitación conceptual. En M.A. Simón (Ed), *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Goldsmith, H.H. y Davidson, R.J. (2004). Disambiguating the components of emotion regulation. *Child Development*, 75, 361-365.
- Gómez, R. (2005). Cáncer de mama: Manejo quirúrgico del estadio I-II. *Información al médico*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- González, F.A. (2006). Qualitative approach to the study of social representations: the epistemological and ontological basis. *VIII International Conference on Social Representations. Social Representation Media and Society*. Internet.
- Gotteland, M., May, E., May-Levin, F., Contesso, G., Delarue, J.C. y Mouriesse, H. (1994). Estrogen receptors (ER) in human breast cancer. *Cancer*, 41, 41-45.

- Graff, A. (2001). El dolor en psiquiatría: causa frecuente de atención. *Salud Mental*, 24, 1-3.
- Grajales, E., Cazares, C., Díaz, L. y Alba, V. (2014). Factores de riesgo para el cáncer de mama en México: Revisión de estudios en poblaciones mexicanas y mexicoamericanas. *CES Salud Pública*, 5, 50-58.
- Grau, J., Hernández, E. y Vera-Villarroel, P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En E. Hernández y J. Grau (Eds.), *Psicología de la Salud: fundamentos, metodología, aplicaciones* (pp. 113-117). México: Universidad de Guadalajara.
- Gross, J.J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J.J. y John, O.P. (1995). Facets of emotional expressivity: three self-report factors and their correlates. *Personality and individual differences*, 19, 555-568.
- Gross, J.J. y John, O.P. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435-448.
- Gross, J.J. y John, O.P. (1998). Mapping the domain of emotional expressivity: Multi-method evidence for a hierarchical model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 170-191.
- Gross, J.J. y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotional regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J.J. y Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J.J. Gross (Ed), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-26). New York: The Guilford Press.
- Grotberg, E.H. (1995). *The International Resilience Project: Promoting resilience in children*. EE.UU: ERIC: ED: pp.383-424.

- Grotberg, E.H. (2003). Resilience for today: gaining strength from adversity. *Congress Cataloging*.
- Guillén-Núñez, M.R. (2011). Dolor por cáncer. ALGOS, dolor y tratamiento. Foro de investigación clínica, 1, 20-23.
- Guillén-Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23 (3), 510-515.
- Haber, S. (2000). Cáncer de mama: *Manual de tratamiento psicológico*. España: Paidós.
- Hagedoorn, M. y Buuk, B.P. (2000). Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology*, 9, 232-242.
- Haro-Rodríguez, M.A., Gallardo-Vidal, L.S., Martínez-Martínez, M.L., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J. y Paredes, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes recién diagnosticados. *Psicooncología*, 11(1), 87-99.
- Harrington, R. y Loffredo, D.A. (2001). The relationship between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Briggs type inventory dimensions. *Journal of Psychology*, 135(4), 439-450.
- Heim, E., Valach, L. y Schafner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Heredia, A.M. y Bautista, L.S. (2007). Correlación de factores de riesgo y hallazgos clínicos para cáncer mamario en pre y posmenopáusicas. *Revista Facultad Medicina UNAM*, 50(3), 110-114.
- Hermosilla, A. y Sanhueza, O. (2015). Control emocional, felicidad subjetiva y satisfacción vital relacionados al afrontamiento y adaptación en personas con cáncer avanzado. *Ciencia y Enfermería*, 12(1), 11-21.

- Hernández, E. y Grau, J. (2006). *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara.
- Herrera, G.P. y Rodríguez, G.L. (2009). *Estudio piloto de validación del instrumento Brief Cope Inventory en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería Bogotá.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-32.
- Holland, J.C. y Murillo, M. (2003). Historia Internacional de la Psico-oncología. Die, M (Coord), *Psico-oncología* (pp. 21-40). Madrid: Ades Ediciones.
- Holland, J.C. y Gooen-Pield, J. Principales of psycho-oncology. En: Holland, J.F., Frei E., Bast, R.C., Kufe, D.W. y Pollock, R.E. (2000). *Cancer Medicine*. Ontario, Canada: B.C., Decker, 2000; Weichselbaum, RR pp. 943-958.
- Hossefeld, DK., Sherman, C.D., Love, R.R. y Bosch, F.X. (1992). *Manual de Oncología Clínica*. Madrid: Ediciones DOYMA.
- House, J.S., Landis, K. y Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *Science*, 241 (4865), 540-545.
- Huebner, E.S. (1994). Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment*, 6, 149-158.
- Insa, L.L., Monleón, M.A.B. y Espallargas, A.P. (2010). El enfermo con cáncer: una aproximación a su representación social. *Psicol Soc*, 22(2), 318-332.
- Janoski, M.L. y Schwartz, G.E. (1985). A synchronous systems model for health. *American Behavioral Scientist*, 28, 468-485.

- Jee, S., Yun, J., Park, E. y Cho, E. (2008). Body mass index and cancer risk in Korean men and woman. *International Journal of Cancer*, 123(8),1892-1896.
- Ji, L., Zhang, Z., Usborne, E., y Guan, Y. (2004). Optimism across cultures: In response to the severe acute respiratory syndrome outbreak. *Asian Journal of Social Psychology*, 7, 25-34.
- John, O.P. y Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life-span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.
- John, O.P. y Gross, J.J. (2007). Individual differences in emotion regulation. En J.J. Gross (Ed), *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press.
- Juárez, D.M. y Landero, R. (2009). Variables psicosociales y salud en mujeres con cáncer de mama. *SUMMA Psicológica UST*, 6(2), 79-88.
- Kahneman, D. (1989). Objective happiness. En Kahneman, D., Diener, E. y Schwarz, N. (Eds) *Well-being: The Foundations of hedonic psychology* (pp.3-25) New York: Russell Sage.
- Kaptein, A.A. y Van Rooiejn, E. (1990). Behavioural medicine some introductory remarks. En A.A. Kaptein (Ed.), *Behavioural medicine. Psychological treatment of somatic disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Kashdam, T. y Steger, M. (2006). Expanding the topography of social anxiety: An experience-sampling assessment of positive emotions, positive events and emotion suppression. *Psychological Science*, 7, 20-28.
- Keller M. y Henrich, G. (1996). Between distress and support: spouses of cancer patients. En: Baider, L., Cooper, C.L. y Kaplan De-Nour, A. *Cancer and the family*. Chichester: John Willey & Sons Ltd, 187-223.
- Kern de Castro, E. y Moro, L. (2012). Factores Psicosociales relacionados con el Autocuidado en la Prevención, Tratamiento y Postratamiento del

- cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2-3), 453-465.
<http://doi.org/10.5209/rev>
- Keyes, C., Ryff, C. y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022
- Keyes, C., Ryff, C. y Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kranci, A.N. y Erkam, A. (2007). Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress Health*, 23, 315-322.
- Lang, S. (2001). *El libro de las emociones: pienso, luego existo*. 2ª ed. Madrid: Editorial EDAF, pp. 23-25.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lechner, S.C., Zakowsky S.G., Antoni, M.H., Greenhawt, M., Block, K. y Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology*, 12, 491-499.
- Lee, V., Cohen, R., Edgar, L., Laizner, A.M. y Gagnon, A.J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science and Medicine*, 62, 3133-3145. Doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.041.

- León Rubio, J.M., Medina Anzano, S., Barriga Jiménez, S., Ballesteros Regaña, A. y Herrera Sánchez, I. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: UOC.
- Lewis, C.A., Shevlin, M.E., Bunting, B.P. y Joseph, S. (1995). Confirmatory factor analysis of the Satisfaction With Life Scale: Replication and methodological refinement. *Perceptual and Motor Skills*, 80(1), 304-306.
- Leyra, Y., Solano, G., Labrador, L., Gallego, M. y Ochoa, M. (2011). Nivel de adaptación y afrontamiento en las mujeres con cáncer de mama. *Revista Cuidarte*, 2(1), 96-104.
- Liberman, M.A. y Goldstein, B.A. (2006). Not all negative emotion are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 160-168.
- Lin, Y., Kikuchi, K. y Wakai, K. (2008). Active smoking, passive smoking and breast cancer risk: findings from de the Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk. *Journal of Epidemiology*, 18(2), 77-83.
- Lipowski, Z.J. (1986). Psychosomatic Medicine: Past and Present. Part I. Historical background. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 2-7.
- Llull, M.N., Zainer, J. y García, F. (2014). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *PSICO-USF.*, 8(2), 175-182.
- López, M. (2008). Aproximación al concepto de resiliencia. Recuperado de <http://www.slideshare.net/margaysabel/aproximacion-al-concepto-de-resiliencia.html>.
- Lucas, R.E., Diener, E. y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Luján, M. (2014). Relaciones íntimas entre los microorganismos y el cáncer. *Revista Argentina de Microbiología*, 46(3), 173-174.

- Luxardo, N. (2008). Entre la narrativa y la vivencia: lecturas a partir del cáncer. *Estudios Sociales*, 4, 95-114.
- Maestre, O., Cabrera, J., Mateo, J., Monge, G. y González, R. (2012). Actualización sobre el virus del papiloma humano como factor etiopatogénico y pronóstico en el carcinoma oral de células escamosas. *RCOE*, 17 (2), 105-110.
- Malca-Scharf, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona Y Bioética*, 9(25), 64-67. Extraído de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2053415&info=resumen&idioma=SPA>
- Manna, G., Foddai E., Di Maggio, M.G., Pace, F., Colucci, G., Gebbia, N. y Russo, A. (2007). Emotional expression and coping style in female breast cancer. *Annals of Oncology: Official Journal of the European*, 18, 77-80.
- Manne, S., Glassman, M. y Du Hamel, K. (2000). Intrusion, avoidance, and psychological distress among individuals with cancer. *Psychosomatic Medicine*, 63, 658-667.
- Marie, D., Dany, L., Cannone, P., Dudoit, E. y Duffaud, F. (2010). Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie: enjeux pour la définition de la situation thérapeutique. *Bull cancer*, 97(5), 577-587. Doi: 10.1684/bcd.2010.1036.
- Martín, D., Zainer, J. y García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8, 175-182.
- Martínez, O., Camarero, O., López, I. y Moré, Y. (2014). Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*, 20(3), 390-400.

- Martínez-Abundis, G., Cano-Ríos, P., Gonzáles-Hernández, S. y Rosales-Hernández, F. (2004). Factores predisponentes al cáncer de mama en la Región Lagunera. *Ginecol Obstet Méx*, 72, 525-530.
- Martínez-Correa, A., Reyes, G.A., García-León A. y González-Jareño, M.I. (2006). Optimismo/Pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martins, A., Ramalho, N. y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554-564.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 805-817.
- Mayer, J.D. (2001). A field guide to emotional intelligence. En Ciarrochi J, Forgas, J.P. y Mayer, J.D. (eds), *Emotional Intelligence in Everyday Life*, Philadelphia, Psychology Press, Taylor y Francis Group.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). "What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (eds.), *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators* (pp. 3-31). New York: Basic Book.
- McCaul, K., Sandgren, A.K., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A. y Foreman, G. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psychooncology*, 8, 230:236.
- McMahon, D.M. (2006). *Happiness: A history*. New York: Grove Press (Spanish translation: 2006).
- Melzack, R. y Wall, P. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 197-210.
- Mera, P.C. y Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78.

- Meseguer, C. (2003). El adulto con cáncer. En Die, M., *Psico-oncología* (pp. 103-114). Madrid: Ades Ediciones.
- Middleton, J. (2002). Psico-oncología en el siglo XXI. *Revista Actualidad Psicológica*, 57 (2), 98-99. Extraída de <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/psicooncologia.pdf>
- Mikolajczak, M., Petrides, K.V., Coumans, N. y Luminet, O. (2009). The moderating effect of trait emotional intelligence on mood deterioration following laboratory-induced stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 455-477.
- Millon, T.H. y Davis, R.D. (1998). *Trastornos de la personalidad más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T.H. y Davis, R.D. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Mora, M. y Raich, R. (2010). *Autoestima*. Madrid: Síntesis.
- Moreno, A.I., Krikorian, A. y Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 33(3), 517-529.
- Moulin, P. (2005). Imaginaire social et cancer. *Rev Francoph Psychooncologie*, 4(4), 261-267. Doi: 10.1521/japp.2005.33.3.531.
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes*. Tesis para optar el grado de Magíster en Psicología, mención en Psicología clínica y de la salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Nyklíček, L., Vingerhoets, A. y Denollet, J. (2002). Emotional (non-)expression and health: Data, questions and challenges. *Psychology & Health*, 17, 517-528.

- Oblitas-Guadalupe, L.A. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Av. Psicol.*, 16(1), 9-38.
- Ocampo, J., Valdez-Medina, J.L., González-Arratia, N.I., Andrade-Palos, P., Oblitas-Guadalupe, L.A. y García-Fabela, R.O. (2011). Variables psicológicas predictoras de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 10(3), 265-269.
- Organización Mundial de la Salud, 2015. Nota descriptiva nº 297. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
- Ornelas, R.E., Tufiño, M.A., Vite, A., Tena, O., Riveros, A. y Sánchez, J.J. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55-62.
- Ortiz, E., Méndez, L., Camargo, J.A., Chavarro, S.A., Toro, G.I. y Vernaza, M.B. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos diagnosticados de cáncer. *Psychology: avances de la disciplina*, 8(1), 77-83.
- Ortiz, J., Ramos, N. y Vera-Villarroel, P.E. (2003). Optimismo y salud: estado actual e implicaciones para la Psicología Clínica y de la Salud. *Suma Psicológica*, 10, 119-134.
- Ostir, G.V., Markides, K.S., Black, S.A. y Goodwin, J.S. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Res Aging*, 22, 715-737.
- Pachuta, D.M. (1989). Chinese medicine: The law of five elements. En K.K. Sheikh y K.S. Sheikh (Eds.), *Eastern and Western approaches to healing: Ancient wisdom and modern knowledge*. New York: Wiley.
- Palacios-Espinosa, A. M. y Castaño-Rodríguez, X. (2013). Representaciones Sociales del Cáncer y de la Quimioterapia. *Psicooncología*, 10(79-93), 79-93. <http://doi.org/10.5209/rev>

- Pastells, S. y Font, A. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 19-29.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). The affective and cognitive content of self reports measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28(1), 1-20.
- Pelard, J., Apostolidis, T., Ben Soussan, P. y Goncalves, A. (2008). Approche psychosociale du discours de femmes en récurrence métastatique d'un cancer du sein: la question de la temporalité. *Bull Cancer*, 95(9), 859-869. Doi: 10.1684/bdc.2008.0704.
- Pelayo, B. (2013). Radioterapia externa: lo que el médico general debe saber. *Revista Médica Clínica los Condes*, 24 (4), 705-715.
- Pelechano, V. (1996). Salud, enfermedad, clínica y psicología: un laberinto con una salida sensata y muchos caminos ciegos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22 (82-83), 323-363.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Peluffo, M. (2004). La metáfora de la malignidad en medicina. *Logos* (Revista en Internet). Disponible en: <http://www.raymos.com/revistas/Logos-2-8.pdf>.
- Pelusi, J. (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(8), 1343-1353.
- Pieterse, K., Van Dooren, S., Seynaeve, C., Bartels, C.C., Rijnsburger, A.J. y de Koning, H.J. (2007). Passive coping and psychological distress in women adhering to regular breast cancer surveillance. *Psychooncology*. 16: 851-858.
- Pinquart, M., Frohlich, C. y Silbereisenm R.K. (2007). Cancer patient's perceptions of positive and negative illness-related changes. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 907-921.

- Pormerleau, O. F. (1982). A Discourse on Behavioral Medicine: Current Status and Future Trends. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 1030-1039.
- Pormerleau, O.F. y Brady, J.P. (1979). *Behavioral Medicine*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Porro, M.L., Andrades, M.L. y Rodríguez-Espinola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*. 30(2), 341-355.
- Pujol, J.L. (2009). Social and individual representations of lung cancer. *Revue De Pneumologie Clinique*, 65(1), 3-6.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*: Madrid: Pirámide.
- Raval, R., Sharabi, A., Walker, A., Drake, C. y Sharma, P. (2014). Tumor immunology and cancer immunotherapy. *Journal for Immunotherapy of cancer*, 2 (14). doi: 10.1186/2051-1426-2-14.
- Rees, G., Fry, A., Cull, A. y Sutton, S. (2004). Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychol Health*, 19(6), 749-765.
- Reig, A. (2005). ¿Qué debería saber un médico de psicología? *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 273-312.
- Remor, E., Amorós, M. y Carrobes, J.A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22, 37-44.
- Robert, R., Torfinn, G., Roy, B., Olav, D., Arnstein, F., Sophie, D., Olbjorn, K., Oystein, S., Erik, W. y Alv, A. (2010). A study of coping in long-term testicular cancer survivors. *Psychology, Health & Medicine*, 15(2), 146-158.

- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L.M. y Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, S. y Carpuso, M. (2006) Epidemiología del Cáncer de mama. *Ginecol Obstet Méx*, 74(11), 585-593.
- Rodríguez-Marín, J., Martínez, M. y Valcárcel, M.P. (1990). Psicología Social y Psicología de la Salud. In J. Rodríguez (Ed.), *Aspectos psicosociales de la salud y la comunidad*. Barcelona: PPU
- Rojas-May, G. y Condes, L. (2006). Estrategias de Intervención Psicológica en Pacientes con Cáncer de Mama. *Revista Médica Clínica Condes*, 17(4), 194–197. Extraído de [http://www.clcmovil.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2006/4 oct/IntervencionPsicologicap_194--14.pdf](http://www.clcmovil.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF_revista_médica/2006/4%20oct/IntervencionPsicologicap_194--14.pdf)
- Romero, E., Luengo, M.A. y Otero-López, J. M. (1994). La medición de la autoestima: una revisión. *Psicologemas*, 8(15), 41-60.
- Romero, M.S., Santillán, L., Olvera, P., Morales, M.A. y Louisette, M. (2008). Frecuencia de Factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex*, 76(11), 667-672.
- Ronelas-Mejorada, R.E., Tufiño, M.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y Factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401-414.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22 (1), 27-50.

- Rutter, M. (1996). Resiliencie: some conceptual considerations. *Conference on social change and focus on the Americas*.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological wellbeing revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. y Singer, B. (1998). The contours of positive health. *Psychological Inquiry*, 9(11), 1-28.
- Ryff, C. y Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9 (1), 1-28.
- Ryff, C. y Singer, B. (2002). From social structure to biology: integrative science in pursuit of human health and well-being. En C.R. Snyder y S. J. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 541–555). New York: Oxford University Press.
- Ryff, C. y Singer, B. (2002). From social to biology. En C. Snyder y A. López (Eds.), *Handbook of positive psychology*. (pp. 63-73). Londres: Oxford University Press.
- Salazar-Esquivel, E., Paredes-López, A. y Calzada-Sánchez, L. (2004). Factores de riesgo hormonal durante la promoción, progresión y pronóstico tumoral mamario. *Ginecol Obstet Méx*, 72, 545-549.

- Salcedo, H. (2008). Representaciones sociales y metáforas del cáncer en los siglos XVII y XVIII: una antología de lugares comunes. *Antipoda*, 6, 199-213.
- Salovey, P. y Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*. 9(3), 185-211.
- Salsman, J.M., Sergerstrom, S.C., Brechting, E.H., Carlson, C.R. y Andrykowski, M.A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psychooncology*, 18 (1), 30-41.
- Sánchez, T. (2015). Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles Del Psicólogo*, 36(1), 62–73.
- Sánchez-Canovas, J. (1996). Aspectos psicológicos de la menopausia. En Sánchez-Canovas J (coordinador), *Menopausia y Salud*. Barcelona: Ariel. p.p. 37-83.
- Sandin, B. (1981). Consideraciones sobre el cuestionario 8SQ. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 169, 323-327.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, L. A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.

- Scheier, M. y Carver, C. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.
- Scheier, M.F. y Carver, C. (1985) Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M.F., Carver, C. y Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Schimmack, U. y Oishi, S. (2005). The influence of chronically accessible and temporally accessible information on life satisfaction judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 395-406.
- Schol, S.J., Schur, J.B., Socala, M., David, D., Winkel, G.H. y Montgomery G.H. (2012). Distress and emotional well-being in breast cancer patients prior to radiotherapy: an expectancy-based model. *Psychol Health*, 27, 347-361. Doi: 10.1080/08870446.2011.569714.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C.M., Sandvik, L. y Karesen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-oncology*, 13, 309-320.
- Schroevers, M.J., Kraaij, V. y Garneski, N. (2011). Cancer patient's experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. *Psycho-Oncology*, 20, 165-172.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1978a). Yale Conference on Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (1), 3-12.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1978b). Behavioral Medicine revisited: An amended Definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (3), 249-251.

- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9, 9-21.
- Schwarz, N. y Strack, F. (1999). Reports of subjective well-being; Judgmental processes and their methodological implications. En Kahneman, D., Diener, E. y Schwarz, N. (Eds.) *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 61-84). New York: Russell Sage.
- Scrignaro, M., Barni, S. y Magrin, M.E. (2010). The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-oncology*, 20(8), 823-831. Doi: 10.1002/pon.1782.
- Sebastián, J. (2003). Repercusiones psicosociales de los tratamientos oncológicos. En V. Valentín (Ed.), *Oncología y Atención Primaria*. Madrid: Novartis.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J. y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clinica y Salud*, 18(2), 137-161.
- Segura-Valverde, M., García-Nieto, R. y Saúl, L. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*, 11(1), 45-57.
- Seligman, M.E.P. (1998). *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona, España: Grijalbo.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. Doi: 10.1007/s00520-011-1129-5.
- Seligman, M.E.P. y Weis, J.M. (1980). Coping behavior: learned helplessness, psychological change and learned inactivity. *Behavior Research and Therapy*, 18, 459-512.
- Serisola, C. (2003). Resiliencia y programas preventivos. [Online]. 29 párrafos. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/resili/resili.shtml>

- Serrano-Ikkos, E. y Lask, B. (2003). The psychosocial correlates of trasplant survival. *Journal Cyst Fibros*, 2(1), 49-54.
- Shelton, T.L., Anastopoulos, A.D. y Elliot, C.H. (1991). Behavioral Medicine. En C.E. Walker (Ed.), *Clinical Psychology. Historical and Reserch Foundations*. New York: Plenum Press.
- Shevlin, M., Brunsdan, V. y Miles, J.N.V. (1998). Satisfaction With Life Scale: Analysis of factorial invariance, mean structures and reliability. *Personality and Individual Differences*, 25(5), 911-916.
- Silva, C.J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*, 43(3), 201-209.
- Singletary, S.E. (2003). Rating the risk factors for breast cancer. *Ann Sur*, 237, 474-482.
- Sirgo, A., Díaz-Ovejero, M., Cano-Vindel, A. y Pérez-Manga, G. (2001). Ansiedad, ira y depresión en mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 259-271.
- Smith, S.G., Turner, B., Pati, J., Petrides, K.V., Sevdalis, N. y Green, J.S.A. (2011). Psychological impairment in patients urgently referred for prostate and bladder cancer investigations: the role of trait emotional intelligence and perceived social support. *Support Care Cancer*, 20(4), 699-704. Doi: 10.1007/s00520-011-1129-5.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2014). *Las Cifras del Cáncer en España 2014*. Madrid
- Spencer, S., Carver, C.H. y Price, A. (1998). Psychological and Social Factors in Adaptation. En Holland, J. (Ed). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press: 211-222.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Stanton, A. y Snider, P. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology*, 12, 16-23.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. y Huggins, M.E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictor of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102.
- Sternbach, R.A. (1989). Clinical aspects of pain. *Pain*, 18, 254-261.
- Stine, J. (2005). The Use of metaphors in the service of the therapeutic Alliance and therapeutic communication. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatr*, 33(3), 531-545. Doi: 10.1007/s10332-005-0094-y.
- Stone, G.C. (1988). Psicología de la Salud: una definición amplia. *Revista latinoamericana de psicología*, 20 (1), 15-26.
- Stone, G.C., Cohen, F. y Alder, N.E. (1979). *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sucala, M. y Szentagotai-Tatar, A. (2010). Optimism, pessimism and mood regulation expectancies in cancer patients. *J Cog Behav Psycho*, 10, 13-25.
- Tedeschi, R.G. y Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Temoshok, L. y Dreher, H. (1993). Tipe C Connection: The behavioral links to cancer and your health. *Noetic Sciences Rewiew*, 25.
- Tescari, G. (2012). *Resiliencia y acontecimientos vitales estresantes en pacientes con cáncer de mama y pacientes con linfoma*. Universidad de los Andes.

- Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. En N.A. Fox (Eds.), The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Tindle, H.A., Chang, Y-F., Kuller, L.H., Manson, J.E., Robinson, J.G. y Rosal, M.C. (2009). Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the women's health initiative. *Circulation*, 120, 656-662.
- Tomich, P. y Hegelson, V. (2004). Is finding good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23.
- Torres, A.M. (2006). Relación entre el patrón de conducta Tipo C y el cáncer de mama. *Univ.Psycholo.Bogotá (Colombia)*, 5(3), 563-573.
- Torres-Areola, L. y Vladislavovna-Dubova, S. (2007) Cáncer de mama, detección oportuna en el primer nivel de atención. *Inst Mex Seguro Soc*, 45 (2), 157-166.
- Torrico, E., Santin, C., López, M.J. y Andrés, M. (2003). La depresión como reacción adaptativa ante el diagnóstico de cáncer. *Psiquiatría.com* 7(1).
- Umpierrez M. y Silva S. (2008). Meanings of getting sick: What main caregivers of elderly with cancer think. *Rev Esc Enferm USP*, 42(4), 747-755. Doi: 10.1590/S0080- 62342008000400019
- Uruza, A. y Jarne, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*, 42, 151-160.
- Vargas, S.P. (2009). *Confiabilidad del instrumento Bbrief Cope Inventory en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno.* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Enfermería Bogotá.

- Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, C. (2013). Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos. *Spanish Journal of Psychology*, 1-37.
- Vázquez-Ortiz, Antequera, R., Blanco, A., (2010). Ajuste e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7, 433-451.
- Vega, L.C. y Mata, J.A. (2014). Comportamiento de la Patología cervicoutirina (En el hospital de Guápiles entre los años 2008 y el 2011: Revisión de la Literatura). *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI*, (609) 51-59.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Vera-Villarroel, P., Córdoba, N. y Celis-Atenas, K. (2009). Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada (LOT-R) en población chilena. *UNIV.PSYCHOL. BOGOTÁ, COLOMBIA*, 8(1), 61-68.
- Vera-Villarroel, P., Urzúa, A., Pavez, P., Celis-Atenas, K. y Silva, J. (2012). Evaluation of subjective well-being: Analysis of the Satisfaction with Life Scale in Chilean population. *Universitas Psychologica*, 11, 719-727.
- Vera-Villarroel, P., Valenzuela, P., Lillo, S., Martín, N. y Milos, I. (2008). Felicidad y optimismo: estado actual de la investigación. Manuscrito enviado para publicación.
- Viera, C.P., López, M.H. y Shimo, A.K. (2007). Feelings and experiences in women with breast cancer's life. *Rev Esc Enferm USP*, 41(2), 311-316.

- Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo, L.M., Cadena, J. y Anaya, J.M. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnósticos de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 129-142.
- Wagnild, G. y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-167.
- Watson, M. y Greer, S. (1998). Personality and Coping. En Holland, J (Ed). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press: 91-98.
- Weitzner, E. y Meyers, C. (1997). Cognitive functioning and quality of life in malignant glioma patients: A review of the literature. *Psycho-Oncology*, 6, 169-177.
- Winer, E.P. (1994). Quality of life research in patients with breast cancer. *Cancer Supplement*, 74, 410-415.
- Yoo, W., Ghih, M.Y., Know, M.W., Cho, E. y McLaughlin, B. (2013). Predictors of the change in the expression of emotional support within an online breast cancer support group: a longitudinal study. *Patient Educ Couns*, 90, 88-95.
- Zaccagnini, J.L. (2004). Qué es la inteligencia emocional. *La relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Zoellner, T. y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology. A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 23, 626-653.
- Zubieta, E.M. y Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 17, 277-283.
- Zur-Hausen, H. (2009). The search for infectious causes of human cancers: where and why. *Virology*, 392(1), 1-10. doi: 10.1016/j.virol.2009.06.001.
