



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

TESIS DOCTORAL  
ESTRÉS Y ACONTECIMIENTOS  
VITALES EN MUJERES CON  
CÁNCER DE MAMA



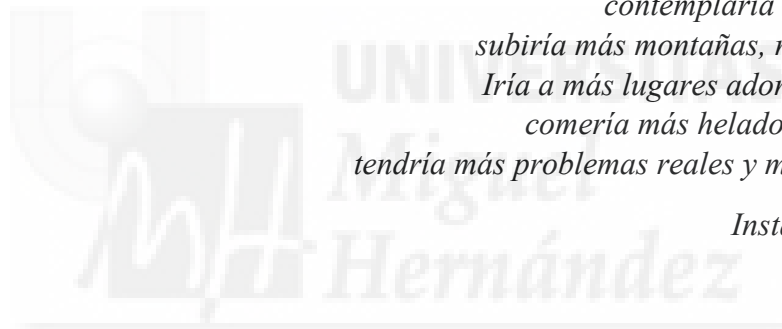
MARÍA JOSÉ LUCAS CORTÉS

Dirigida por Maite Martín-Aragón Gelabert

ELCHE, 2017

*Si pudiera vivir nuevamente mi vida,  
en la próxima trataría de cometer más errores.  
No intentaría ser tan perfecto, me relajaría más.  
Sería más tonto de lo que he sido,  
de hecho tomaría muy pocas cosas con seriedad.  
Sería menos higiénico.  
Correría más riesgos,  
haría más viajes,  
contemplaría más atardeceres,  
subiría más montañas, nadaría más ríos.  
Iría a más lugares adonde nunca he ido,  
comería más helados y menos habas,  
tendría más problemas reales y menos imaginarios*

*Instantes, J.L Borges.*



## Agradecimientos

*Cada uno de los minutos dedicados a este trabajo han querido aportar un pequeño haz de luz en el oscuro túnel en el que se adentran las personas cuando se les diagnostica cáncer de mama. Pero, de lograrlo, hubiese sido imposible sin todo el apoyo recibido. Por eso quiero dar las gracias.*

*Gracias a Maite, mi directora, por motivarme y enseñarme a ser paciente durante todo este tiempo. Por creer en el proyecto desde el primer día y resistir con vitalidad hasta el último. Por su tiempo, su dedicación y su entrega.*

*A los miembros del tribunal, por dedicarle tiempo a la lectura de esta tesis doctoral, la cual, a pesar de sus limitaciones, espero les resulte interesante.*

*A la junta directiva de AMACMEC por ponérmelo tan fácil, especialmente a Consuelo, su presidenta.*

*A Eugenio Palomares, Montse Mijarra y María José Azorín, por el conocimiento médico, el tiempo dedicado y la amabilidad que me han regalado.*

*A todas mis pacientes, las que han participado y las que han soportado alguna de mis ausencias. Por enseñarme y recordarme cada día el valor de la vida y el valor de la salud. A todas las mujeres afectadas por cáncer de mama que ya no están, por ser la huella imborrable de la necesidad de seguir investigando.*

*A mi mayor tesoro, mi familia: a mis hermanos Isabel, Miguel y Guadalupe. A mi madre; a mi cuñado Alberto y a mi sobrina Candela. A mi padre, que fue quien me animó a empezar y se marchó antes de ver el resultado. Por estar de manera incondicional, pase lo que pase, venga lo que venga. Porque sin ellos no sería yo.*

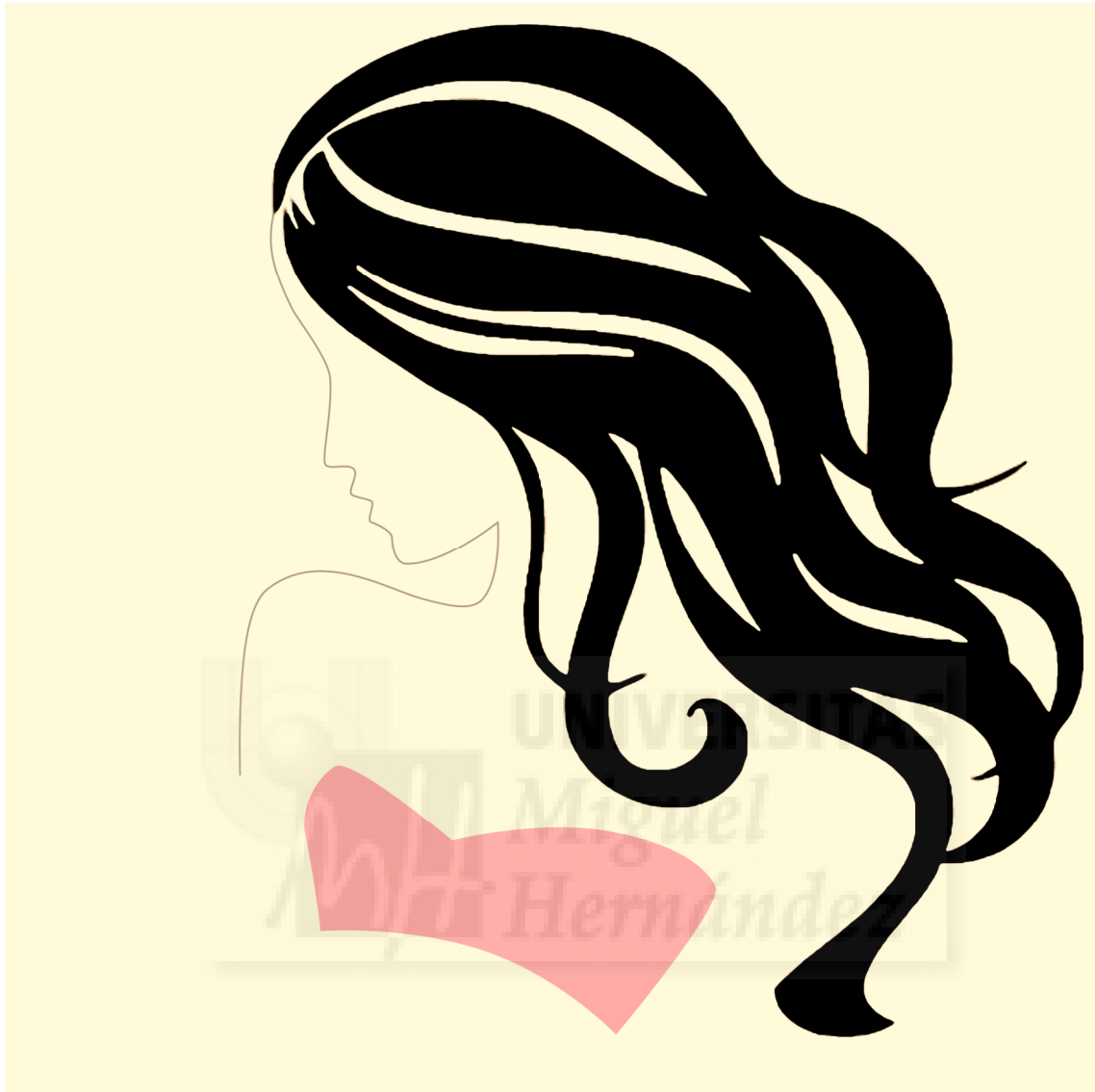
*A Patricia, por su amor. A Juanma, por todo su apoyo. A David, por su vitalidad. Porque han sido las otras tres patas de mi silla. A Olmo, por acompañarme en muchos descansos de la biblioteca a cualquier hora del día (y de la noche), por regalarme su tiempo y su optimismo. A Félix, a Lalo, a Javi, a Estefanía y a Jorge. Por creer en mi trabajo y dedicarme tantas sonrisas. A Jose, por regalarme sin más su energía siempre que se ha acabado la mía. Por su tenacidad y su persistencia. Por facilitarme el día a día para que pudiera centrarme en este proyecto.*

*A Cati, a Carmen y a Gemma, por enseñarme tanto sobre mi trabajo. A Inma, Vero, Mariate, Elisa y Anna. Por ser mi alegría de las mañanas. Por el equipo que formamos dentro y fuera de este trabajo, siempre tan agradecido; a veces tan duro.*

*A los compañeros de Socorros y Emergencias de Cruz Roja, por entender mi ausencia y cuidarme como siempre lo han hecho, especialmente a Lorena, a Mikel y a Yolanda.*

*Gracias de corazón a todos, por enseñarme para seguir creciendo y por hacerme tan rica en tantos sentidos.*

# PRESENTACIÓN



Según la OMS (2017), el cáncer de mama se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. Además, en los últimos años, las diferencias encontradas en las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad entre países han ido disminuyendo de forma considerable. Como consecuencia, son muchos los aspectos que han sido investigados con el fin de conocer los mecanismos fisiológicos y psicosociales implicados en la génesis y desarrollo de la neoplasia mamaria. En este sentido, en las últimas décadas cobra especial relevancia el estudio de los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama, que han sido abordados desde diversas perspectivas, con el fin último de reducir –e incluso erradicar- el grave problema que supone.

Desde la medicina, la influencia de numerosos factores considerados de riesgo, como el componente genético en algunas familias o la posible influencia de los tratamientos hormonales, está libre de controversia dada la extensa literatura científica que avala los resultados. Desde la Psicología de la Salud se ha investigado la influencia de, entre otros aspectos, diversos rasgos de personalidad, formas de afrontamiento o la vivencia de acontecimientos vitales estresantes en la aparición y el curso del cáncer de mama.

El presente trabajo surge a raíz del interés investigador a partir de la experiencia clínica en la Asociación de Mujeres Afectadas por Cáncer de Mama de Elche y Comarca (AMACMEC). En concreto, se ha pretendido realizar una aproximación al impacto del estrés en las mujeres afectadas, cuantificándose tanto a través de la presencia de Acontecimientos Vitales Estresantes a lo largo de toda la vida, como en los dos años previos al diagnóstico oncológico. Esta variable ha sido complementada además con el estudio del patrón personal de reactividad al estrés, con el fin de valorarlo de forma conjunta.

De la misma forma, esta experiencia clínica ha puesto de relieve el interés en indagar acerca de las atribuciones causales de las afectadas sobre el propio diagnóstico, permitiendo ampliar los objetivos de la investigación hacia aspectos menos estudiados pero igualmente

enriquecedores en la comprensión del proceso oncológico, tanto a nivel cognitivo como físico y emocional.

Pero para poder acercarnos en la medida de lo posible a todo el proceso de enfermedad, ha surgido un nuevo interés dirigido a investigar qué consecuencias a nivel emocional ha podido tener el diagnóstico y la explicación que la afectada ha podido elaborar sobre su origen, estudiando pues tanto el estado de ánimo en la actualidad como el posible crecimiento postraumático derivado.

Por tanto, el objetivo general de esta investigación ha sido describir las atribuciones causales, los factores de estrés y la adaptación a la enfermedad de las mujeres afectadas por cáncer de mama, así como analizar las posibles diferencias y relaciones entre estas variables.

Para ello, el trabajo ha sido estructurado en ocho capítulos. Los cuatro primeros componen la parte teórica de la investigación y han tenido como finalidad acercar al lector a las cuestiones fundamentales que han guiado el inicio de la misma, siendo el primero de ellos una breve aproximación al trabajo realizado. De forma concreta, el segundo capítulo aborda la complejidad del proceso diagnóstico ya que, bajo nuestro punto de vista, influye de manera decisiva tanto en el proceso terapéutico como en el de adaptación general posterior. En él se describen cuáles son las principales pruebas diagnósticas, las clasificaciones clínicas del tumor y los principales medios de tratamiento y seguimiento a medio y largo plazo.

El tercer capítulo hace referencia, por un lado, a las causas más reconocidas a nivel científico sobre el origen del cáncer de mama, siguiendo las clasificaciones de las principales instituciones a nivel internacional y, por otro, a las atribuciones causales sobre la enfermedad. En este sentido, se aborda la relevancia de las mismas en el proceso oncológico, las relaciones entre éstas y los factores de riesgo descritos y qué se ha investigado con anterioridad acerca de esta variable.

El cuarto capítulo se adentra en el complejo campo del estrés y sus implicaciones en el proceso de enfermedad. En concreto, se repasa la evolución de este concepto y cuáles son las valoraciones psicológicas del mismo en cuanto a factores externos e internos, para después describir cuáles son las principales aportaciones de la literatura científica acerca de la influencia del estrés en la enfermedad en general y en el cáncer de mama en particular.

Los cinco últimos capítulos componen la parte empírica de este trabajo y han permitido aunar los conceptos teóricos con la experiencia clínica previa, buscando crear un pequeño foco de iluminación en un área tan extensa como compleja. En concreto, en el capítulo cinco se describen con detalle tanto el objetivo general del trabajo como los objetivos específicos en los que éste se desglosa. El capítulo seis describe el método de la investigación, es decir, cuál ha sido la muestra de estudio, las variables e instrumentos empleados, el procedimiento para la recogida de datos y los análisis estadísticos realizados. El capítulo siete describe cuáles ha sido los resultados observados tras los análisis, organizados en el mismo orden en que fueron presentadas las variables de estudio al inicio. En él se detallan tanto los objetivos descriptivos como los que han analizado posibles correlaciones y diferencias entre las variables. Por último, los capítulos ocho y nueve recogen la discusión de los resultados y las conclusiones derivadas de la investigación en su conjunto.



# I. PARTE TEÓRICA

## Capítulo 1

1. INTRODUCCIÓN .....	1
-----------------------	---

## Capítulo 2

2. CÁNCER DE MAMA: ASPECTOS MÉDICO-CLÍNICOS .....	7
---	---

2.1 DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA .....	11
2.2 DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA .....	13
2.2.1 Pruebas diagnósticas.....	13
2.2.2 Clasificación del cáncer de mama .....	20
2.2.3 Estadificación del cáncer de mama .....	27
2.3 CONTROL Y TRATAMIENTOS DEL CÁNCER DE MAMA.....	31
2.3.1 Tratamientos locales o locorregionales .....	32
2.3.2 Tratamientos sistémicos .....	38
2.3.3 Protocolos de control y seguimiento .....	42

## Capítulo 3

3. CAUSAS Y ATRIBUCIONES CAUSALES DEL CÁNCER DE MAMA .....	44
--	----

3.1 FACTORES DE RIESGO EN EL CÁNCER DE MAMA .....	45
3.1.1 Factores de riesgo intrínsecos o de historia clínica.....	48
3.1.2 Factores de riesgo relacionados con el ciclo vital y reproductivo.....	51
3.1.3 Factores de riesgo relacionados con el medio ambiente o la utilización de productos .....	53
3.1.4 Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida.....	54
3.2 ATRIBUCIONES CAUSALES DEL CÁNCER DE MAMA.....	57
3.2.1 Relevancia de las Atribuciones Causales en las personas con cáncer.....	57
3.2.2 Atribuciones Causales y Factores de Riesgo en cáncer de mama.....	61
3.2.3 Actualización de las investigaciones sobre Atribuciones Causales en mujeres con cáncer de mama .....	65

## Capítulo 4

### 4. ESTRÉS Y ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA..... 71

4.1 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE ESTRÉS.....	72
4.2 VALORACIONES PSICOLÓGICAS EN EL CONCEPTO DE ESTRÉS.....	74
4.2.1 Factores Externos de Estrés: los Acontecimientos Vitales Estresantes.....	76
4.2.2 Factores Internos de Estrés: el Índice de Reactividad al Estrés .....	78
4.3 ESTRÉS Y ENFERMEDAD .....	82
4.3.1 Estrés y cáncer.....	83
4.3.2 Estrés y cáncer de mama .....	85

## II. PARTE EMPÍRICA

## Capítulo 5

### 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS ..... 94

5.1 OBJETIVOS RELATIVOS A LAS ATRIBUCIONES CAUSALES SOBRE EL CÁNCER DE MAMA .....	95
5.2 OBJETIVOS RELATIVOS A LOS FACTORES DE ESTRÉS.....	96
5.3 OBJETIVOS RELATIVOS A LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER.....	98
5.4 OBJETIVOS RELATIVOS A LAS RELACIONES DE LAS ATRIBUCIONES CAUSALES CON LOS FACTORES DE ESTRÉS Y CON LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA .....	101
5.4.1 Relaciones de las Atribuciones Causales con los Factores de Estrés.....	101
5.4.2 Relaciones de las Atribuciones Causales con la Adaptación al Cáncer de Mama .....	103
5.5 OBJETIVOS RELATIVOS A LAS RELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE ESTRÉS Y LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA .....	105
5.5.1 Relaciones entre los Factores de Estrés y el Estado Emocional.....	105
5.5.2 Relaciones entre los Factores de Estrés y el Crecimiento Postraumático ....	107

## Capítulo 6

<b>6. MÉTODO</b> .....	<b>109</b>
6.1 MUESTRA DE ESTUDIO .....	110
6.1.1 Perfil sociodemográfico.....	110
6.1.2 Características médico clínicas.....	112
6.1.3 Hábitos de Salud.....	114
6.2 VARIABLES E INSTRUMENTOS .....	115
6.2.1 Variables sociodemográficas.....	115
6.2.2 Variables relativas a las Atribuciones Causales del cáncer de Mama.....	120
6.2.3 Variables relativas a los Factores de Estrés.....	122
6.2.3.1 Factores Externos de Estrés.....	122
6.2.3.2 Factores Internos de Estrés .....	124
6.2.4 Variables relativas a la Adaptación al Cáncer de Mama.....	127
6.2.4.1 Estado Emocional .....	127
6.2.4.2 Crecimiento Postraumático .....	129
6.3 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	132
6.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	133

## Capítulo 7

<b>7. RESULTADOS</b> .....	<b>134</b>
7.1 ATRIBUCIONES CAUSALES SOBRE EL CÁNCER DE MAMA.....	135
7.1.1 Tipo de Atribuciones Causales.....	135
7.1.2 Grado de Certeza en las Atribuciones Causales .....	143
7.1.3 Tipo de Atribución y Grado de Certeza .....	151
7.2 FACTORES DE ESTRÉS.....	155
7.2.1 Factores Externos de Estrés: Acontecimientos Vitales Estresantes .....	155
7.2.2 Factores Internos de Estrés: Índice de Reactividad al Estrés .....	160
7.2.3 Relaciones entre los Factores Externos e Internos de Estrés.....	162
7.3 ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA .....	164
7.3.1 Estado Emocional .....	164
7.3.2 Crecimiento Postraumático .....	165
7.3.3 Relaciones entre el Estado Emocional y el Crecimiento Postraumático.....	168

7.4 RELACIONES DE LAS ATRIBUCIONES CAUSALES CON LOS FACTORES DE ESTRÉS Y CON LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA .....	170
7.4.1 Relaciones de las Atribuciones Causales con los Factores de Estrés .....	170
7.4.1.1 Atribuciones Causales y Factores Externos de Estrés.....	170
7.4.1.2 Atribuciones Causales y Factores Internos de Estrés.....	173
7.4.2 Relaciones de las Atribuciones Causales con la Adaptación al Cáncer de Mama .....	178
7.4.2.1 Atribuciones Causales y Estado Emocional .....	178
7.4.2.2 Atribuciones Causales y Crecimiento Postraumático .....	180
7.5 RELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE ESTRÉS Y LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA .....	185
7.5.1 Relaciones entre los Factores de Estrés y el Estado Emocional.....	185
7.5.1.1 Factores Externos de Estrés y Estado Emocional .....	185
7.5.1.2 Factores Internos de Estrés y Estado Emocional .....	186
7.5.2 Relaciones entre los Factores de Estrés y el Crecimiento Postraumático ....	187
7.5.2.1 Factores Externos de Estrés y Crecimiento Postraumático .....	187
7.5.2.2 Factores Internos de Estrés y Crecimiento Postraumático .....	189
<b>Capítulo 8</b>	
<b>8. DISCUSIÓN .....</b>	<b>192</b>
<b>Capítulo 9</b>	
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>224</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>247</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

1. Clasificación histológica del cáncer de mama.....	21
2. Clasificación Inmunohistoquímica del cáncer de mama.....	26
3. Estadificación del cáncer de mama.....	28
4. Revisiones y seguimientos del cáncer de mama.....	43
5. Correspondencias entre Factores de Riesgo y Atrib. Causales.....	64
6. Trabajos empíricos sobre Atrib. Causales en pacientes con cáncer de mama... 67	
7A. Trabajos empíricos sobre Reactividad al Estrés e IRE.....	80
7B. Trabajos empíricos sobre Estrés, Acontecimientos Vitales y riesgo de cáncer de mama.....	89
8. Variables e Instrumentos sociodemográficos, clínicos y de hábitos de salud ..	119
9. Variables e Instrumentos de las Atribuciones Causales del cáncer de mama..	121
10. Variables e Instrumentos de los Factores de Estrés.....	126
11. Variables e Instrumentos de la Adaptación al Cáncer de mama.....	131
12. Clasificación de las Atrib. Causales sobre el Cáncer de Mama en función del tipo.....	142
13. Clasificación de las Atribuciones Causales sobre el Cáncer de Mama en función del grado de certeza.....	150
14. Descriptivos de las variables Número Total de Sucesos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico y Unidades de Cambio Vital.....	155
15. Descriptivos del Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados en los años previos al diagnóstico.....	156
16. Descriptivos de los ítems de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico.....	157
17. Descriptivos de los Acontecimientos Vitales Negativos vividos a lo largo de toda la vida.....	159
18. Descriptivos del Índice de Reactividad al Estrés.....	160
19. Correlaciones de la Puntuación Global del IRE y los distintos factores.....	161
20. Correlaciones de los Factores Externos e Internos de Estrés.....	162
21. Descriptivos del Estado Emocional.....	164
22. Descriptivos del Crecimiento Postraumático.....	165
23. Correlaciones de los factores del Índice de Crecimiento Postraumático.....	167
24. Correlaciones del Estado Emocional y el Crecimiento Postraumático.....	168
25. Diferencias Tipo de Atribuciones Causales y N.º Total de AVE en los dos años previos al diagnóstico.....	171

26. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Unidades de Cambio Vital en los dos años previos al diagnóstico.....	171
27. Diferencias Grado de Certeza y N.º Total de AVE en los dos años previos al diagnóstico .....	172
28. Diferencias Grado de Certeza y Unidades de Cambio Vital en los dos años previos al diagnóstico .....	172
29. Diferencias IRE Global y Tipo de Atribución Causal.....	173
30. Diferencias IRE Vegetativo y Tipo de Atribución Causal.....	174
31. Diferencias IRE Emocional y Tipo de Atribución Causal.....	174
32. Diferencias IRE Cognitivo y Tipo de Atribución Causal.....	174
33. Diferencias IRE Conductual y Tipo de Atribución Causal .....	175
34. Diferencias IRE Global y Grado de Certeza de la Atribución.....	175
35. Diferencias IRE Vegetativo y Grado de Certeza de la Atribución.....	176
36. Diferencias IRE Emocional y Grado de Certeza de la Atribución .....	176
37. Diferencias IRE Cognitivo y Grado de Certeza de la Atribución.....	176
38. Diferencias IRE Conductual y Grado de Certeza de la Atribución Causal....	177
39. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Estado Emocional.....	178
40. Diferencias Grado de Certeza de la Atribución Causal y Estado Emocional	179
41. Diferencias Tipo de Atribución Causal e IPC Global.....	180
42. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Cambio en la Apreciación de la Vida	180
43. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Cambio en la Relación con los Demás	181
44. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Cambio en la Fuerza Personal.....	181
45. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Cambio Espiritual y/o Religioso ...	181
46. Diferencias IPC Global y Grado de Certeza de la Atribución .....	182
47. Diferencias Grado de Certeza de la Atribución y Cambio en la A. Vida .....	182
48. Diferencias Grado de Certeza de la Atribución y Cambio en la Relación con los Demás .....	183
49. Diferencias Grado de Certeza de la Atribución y Cambio en la F. Personal.	183
50. Diferencias Grado de Certeza de la Atribución y Cambio E. y/o Religioso...	183
51. Relaciones Factores Externos de Estrés y Estado Emocional .....	185
52. Relaciones Factores Internos de Estrés y Estado Emocional .....	186
53. Relaciones Factores Externos de Estrés y Crecimiento Postraumático .....	187
54. Relaciones Factores Internos de Estrés y Crecimiento Postraumático .....	189

## ÍNDICE DE FIGURAS

1. División celular .....	2
2. Anatomía de la mama femenina .....	7
3. Proceso de revisión bibliográfica sobre atr. causales en cáncer de mama .....	66
4. Proceso de revisión bibliográfica sobre estrés y cáncer de mama .....	86

## DIAGRAMAS DE SECTORES

1. Proporción del Grado de Certeza en las Atribuciones Psicosociales .....	151
2. Proporción del Grado de Certeza en las Atribuciones Biológicas .....	152
3. Proporción del Grado de Certeza en las Atribuciones Psicobiológicas.....	153
4. Proporción del Grado de Certeza en las Atribuciones de Azar, Mala Suerte o Destino .....	154



## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

<i>ACS</i>	American Cancer Society (Sociedad Americana del Cáncer)
<i>ADN</i>	Ácido Desoxirribonucleico
<i>AECC</i>	Asociación Española Contra el Cáncer
<i>AJCC</i>	American Joint Committee on Cancer (Comité Conjunto Americano sobre Cáncer)
<i>ASCO</i>	American Society of Clinical Oncology (Sociedad Americana de Oncología Clínica)
<i>AVE</i>	Acontecimiento Vital Estresante
<i>BAG</i>	Biopsia con Aguja Gruesa
<i>BI-RADS®</i>	Breast Imaging Reporting Data System
<i>BSGC</i>	Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela
<i>CDI</i>	Carcinoma Ductal Infiltrante
<i>CDIS</i>	Carcinoma Ductal In Situ
<i>CLI</i>	Carcinoma Lobulillar Infiltrante
<i>CLIS</i>	Carcinoma Lobulillar In Situ
<i>EUCAN</i>	European Cancer Observatory (Observatorio Europeo del Cáncer)
<i>GEICAM</i>	Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama
<i>HAD</i>	Hospitalary Anxiety and Depression Scale (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión)
<i>IARC</i>	International Agency for Research on Cancer (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer)
<i>ICP</i>	Índice de Crecimiento Postraumático
<i>INE</i>	Instituto Nacional de Estadística
<i>IRE</i>	Índice de Reactividad al Estrés
<i>NIH</i>	National Institute of Health (Instituto Nacional de la Salud de EE. UU)
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>PAAF</i>	Punción-Aspiración con Aguja Fina
<i>PET</i>	Positron Emission Tomography (Tomografía por Emisión de Positrones)
<i>REDECAN</i>	Red Española de Registros de Cáncer
<i>RM</i>	Resonancia Magnética
<i>SESPM</i>	Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria
<i>SEOM</i>	Sociedad Española de Oncología Médica
<i>TAC</i>	Tomografía Axial Computarizada
<i>TNM</i>	Clasificación de estadios del cáncer (Tumor-Nódulos-Metástasis)
<i>UCV</i>	Unidades de Cambio Vital
<i>UCGO</i>	Unidad de Consejo Genético Oncológico



# PARTE TEÓRICA



# CAPÍTULO 1

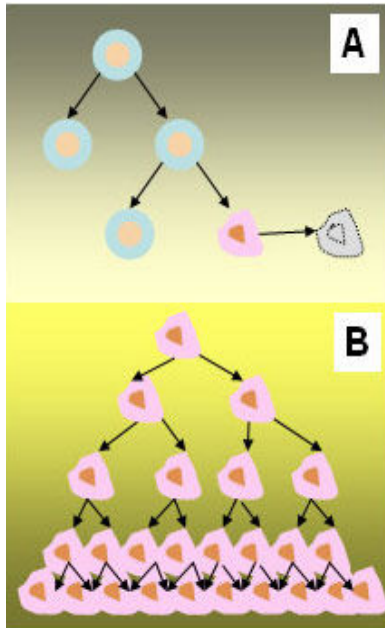


## 1. INTRODUCCIÓN

El cáncer corresponde a un conjunto de enfermedades con una serie de características comunes que las hacen reconocibles respecto de otras patologías sistémicas, pero con una etiología muy heterogénea. De hecho, incluso tumores que se han originado en el mismo órgano representan enfermedades distintas desde el punto de vista molecular, clínico-patológico y pronóstico (Reyes y Vilar, 2016).

El término *cáncer* engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo (Puente y De Velasco, 2017). Por tanto, el cáncer es una enfermedad degenerativa multifactorial producida por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos, constituyendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad del mundo (Sociedad Española de Oncología Médica, 2017).

De forma general, las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado. Sin embargo, el cáncer es la excepción de la interacción coordinada de células y órganos (Longo, 2016). La célula cancerosa o tumoral “pierde” la capacidad para conservar su función especializada y compite por la supervivencia usando la mutabilidad natural, por lo que en vez de morir, se divide casi sin límite. En la *Figura 1*, se representa el proceso de división normal (A) frente al proceso de división neoplásico (B): en la parte superior (A), las células normales se dividen de forma controlada. Cuando una célula normal desarrolla mutaciones u otras alteraciones que no pueden ser adecuadamente reparadas, activa su propio programa de muerte celular para así controlar su desarrollo y crecimiento (apoptosis). Sin



embargo, como puede apreciarse en la parte inferior (B), las células cancerosas desarrollan mutaciones que no son reparadas y pierden la capacidad para morir.

Tal multiplicación en el número de células llega a formar masas, denominadas “tumores” o “neoplasias”, que en su expansión pueden destruir y sustituir a los tejidos normales (Puente y De Velasco, 2017).

Figura 1. *División celular*. Tomada de Puente y De Velasco (2017).

Algunos cánceres pueden no formar tumores, como sucede típicamente en los de origen sanguíneo. Por otra parte, no todos los tumores son malignos (cancerosos), ya que existen tumores que crecen a un ritmo lento, sin diseminarse ni infiltrar los tejidos circundantes y que son considerados “benignos”.

Las manifestaciones derivadas de la presencia de un tumor pueden ser muy variadas, pudiendo ser la mayoría de estos signos o síntomas comunes con otras enfermedades, normalmente más leves. Por lo tanto, dependiendo de la sintomatología, se llevará a cabo un determinado tipo de pruebas encaminadas a realizar el diagnóstico.

Generalmente, el diagnóstico diferencial comienza por la anamnesis y la exploración física y posteriormente puede requerir investigaciones analíticas y pruebas de imagen. Sin embargo, en la mayoría de los casos, para un diagnóstico de certeza es imprescindible la confirmación histológica tras la extracción y análisis de una muestra del tejido tumoral.

El tipo de cáncer se define entre otras cosas por el tejido u órgano en el que se ha originado. De forma sintética podrían calificarse de la siguiente forma (Reyes y Vilar, 2016):

- Carcinomas: Se trata de cánceres que se originan a partir de células epiteliales. Éstas son células que tapizan la superficie de órganos, glándulas o estructuras corporales. Representan más del 80% de la totalidad de los cánceres, incluyendo las variedades más comunes de cáncer de pulmón, mama, colon, próstata, páncreas y estómago, entre otros.

- Sarcomas: Son cánceres que se forman a partir del llamado tejido conectivo o conjuntivo, del que derivan los músculos, los huesos, los cartílagos o el tejido graso. Los más frecuentes son los sarcomas óseos.

- Leucemias: Son cánceres que se originan en la médula ósea, que es el tejido encargado de mantener la producción de glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Las alteraciones en estas células pueden producir, respectivamente, anemia, infecciones y alteraciones de la coagulación.

- Linfomas: Se desarrollan a partir del tejido linfático, como el existente en ganglios y órganos linfáticos.

- Mielomas: se presentan en las células plasmáticas de la médula ósea.

Estos términos se acompañan frecuentemente de un prefijo que describe el tipo de célula que lo ha ocasionado (por ejemplo, adenocarcinoma para referirse a un tumor generado por glándulas, o bien osteosarcoma para referirse a un tumor en hueso). El análisis microscópico puede definir subtipos de cáncer, información que se emplea para especificar con mayor exactitud el tipo de tumor y así ampliar la información relativa al pronóstico o al tratamiento que puede requerir el paciente oncológico.

En el proceso de transformación carcinomatosa, las células pierden en distinto grado la capacidad de diferenciación o especialización de sus funciones, y además proliferan activamente. Estos cambios morfológicos en las células permiten clasificar a los tumores en diferentes grados, siendo más agresivos cuanto más alto es su grado (o indiferenciación), es decir, cuanto menos parecido guarda con la célula de origen (Puente y De Velasco, 2017).

Además, el creciente desarrollo de las técnicas de biología molecular está permitiendo subclassificar con mucho más detalle los perfiles moleculares de cada tumor, pudiendo estudiar las mutaciones genéticas más frecuentes o analizar firmas genéticas del tumor. En algunos casos concretos, este hecho permite aplicar tratamientos dirigidos a comprender mejor el beneficio de determinados tratamientos, como el caso del MammaPrint® en cáncer de mama.

El cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbilidad y de mortalidad del mundo, con aproximadamente 14 millones de casos nuevos en el mundo y 8,2 millones de fallecimientos en el año 2012, ascendiendo a 8,8 millones de muertes en 2015 (últimos datos disponibles a nivel mundial estimados por los proyectos EUCAN y GLOBOCAN, OMS), según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2017). Esto representa una incidencia y una mortalidad estandarizada por edad de 182 y 102 por 100.000 habitantes, respectivamente, siendo la incidencia y mortalidad en hombres ligeramente superior al de mujeres [53% y 47%, respectivamente] (Reyes y Vilar, 2016). Las estimaciones poblacionales indican que el número de casos nuevos aumentará en las dos próximas décadas a 22 millones de casos nuevos al año (SEOM, 2017; Reyes y Vilar, 2016). Los tumores más frecuentes a nivel mundial durante 2012 fueron los de pulmón, mama, colorrectal, próstata, estómago e hígado (SEOM, 2017).

La distribución de la carga poblacional producida por las enfermedades cancerosas es distinta en los países más desarrollados en comparación con los países menos desarrollados

(Reyes y Vilar, 2016; Organización Mundial de la Salud, 2017). De esos 14 millones de nuevos casos incidentes de cáncer a nivel mundial durante 2012, 8 millones se produjeron en regiones poco desarrolladas (definidas como África, Asia [exceptuando Japón], Iberoamérica, el Caribe y algunas regiones de Oceanía (Hunter, 2017).

En España, el número total de nuevos casos de cáncer en 2015 fue de 247.771: 148.827 en varones y 98.944 en mujeres (SEOM, 2017), siendo los tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados en ese año el colorrectal (41.441 casos), el de próstata (33.370 casos), el de pulmón (28.347 casos), el de mama (27.747 casos) y el de vejiga (21.093 casos) (SEOM, 2017).

Por sexos, los cinco tumores más frecuentemente diagnosticados en varones en España en el año 2015 fueron próstata (33.370 casos), colorrectal (24.764 casos), pulmón (22.430 casos), vejiga (17.439 casos) y estómago (5.150 casos). En mujeres los cinco tumores más frecuentemente diagnosticados en España en 2015 fueron el cáncer de mama (27.747 casos), el colorrectal (16.677 casos), el de cuerpo uterino (6.160 casos), el de pulmón (5.917 casos) y el de vejiga (3.654 casos).

Debido a su alta prevalencia, y de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), los tumores constituyen una de las principales causas de ingreso hospitalario. En 2015 los tumores provocaron la tercera causa de estancia hospitalaria (3.599.306 estancias) (SEOM, 2017).

En lo relativo a la mortalidad, los últimos datos proporcionados por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III indican que la mortalidad por cáncer para el año 2014 en España fue de 106.039 fallecimientos, siendo los tumores la causa más frecuente de muerte entre los varones en España (responsables de 65.019 fallecimientos), por delante de las enfermedades cardiovasculares, que ocasionaron 52.907 fallecimientos. Durante 2014, en

España los tumores supusieron 41.020 fallecimientos en mujeres, siendo la segunda causa de muerte por detrás de las enfermedades cardiovasculares, responsables de 63.546 muertes.

En números absolutos, España es uno de los países europeos en los que se diagnostican más tumores y en los que fallecen un mayor número de personas por cáncer. Sin embargo, puesto que España cuenta con una de las mayores esperanzas de vida del mundo, si se compara la incidencia y mortalidad ajustadas por edad, la incidencia y la mortalidad en Europa se homogenizan. De hecho, de acuerdo con los datos de la OMS, España no se encontraría entre los 20 países europeos con una incidencia y mortalidad ajustada por edad más elevadas de Europa respecto al cáncer (SEOM, 2017).





## CAPÍTULO 2



## 2. CÁNCER DE MAMA: ASPECTOS MÉDICO-CLÍNICOS

La glándula mamaria o mama está formada por tejido conjuntivo, tejido adiposo (grasa) y tejido glandular. Como puede apreciarse en la *Figura 2*, la mama limita con el músculo pectoral y en su interior se encuentran principalmente los lóbulos y los conductos galactóforos, además de los ligamentos que la sostienen. En la parte externa, existe una zona de piel más oscura, llamada areola, que presenta en el centro un pequeño abultamiento llamado pezón, por donde se secreta la leche materna. A nivel inmunitario, la mama se encuentra rodeada de una cadena de ganglios linfáticos que la protegen de sustancias extrañas y/o nocivas.

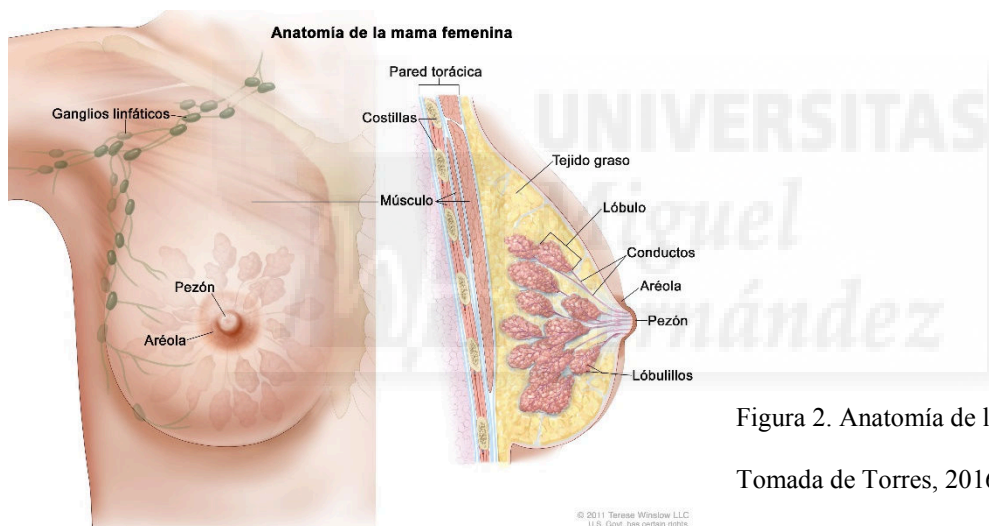


Figura 2. Anatomía de la mama femenina.

Tomada de Torres, 2016.

El término *cáncer de mama* hace referencia a una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los lóbulos (glándulas productoras de leche) o los conductos de la mama (vías que transportan la leche desde los lóbulos hasta el pezón) (Lippman, 2016). También, aunque con menos frecuencia, el cáncer de mama puede originarse en los tejidos estromales, que incluye los tejidos conjuntivos grasos y fibrosos de la mama.

Ocasionalmente, las células cancerígenas pueden invadir el tejido mamario sano circundante y llegar a los ganglios linfáticos de las axilas, obteniendo así una puerta de acceso

hacia otras partes del cuerpo. En este sentido, los estadios del cáncer de mama sirven, entre otras cosas, para referenciar lo lejos que se han propagado las células cancerígenas más allá del tumor original, estableciéndose varios niveles de gravedad.

El cáncer de mama no es una enfermedad reciente: en los documentos descubiertos en 1872 por E. Smith, con una antigüedad cifrada en unos 3000 años a. C., se describe la sintomatología de ocho mujeres con bultos mamarios, correspondiendo con propiedad una de esas descripciones a un cáncer de mama (Estepé, 2016).

En la actualidad, las neoplasias epiteliales de la mama constituyen la causa más frecuente de tumor maligno en la mujer, siendo la segunda causa en incidencia mundial y afectando a 1.677.000 mujeres en 2012 [25% de los tumores malignos en mujeres y 6,4% de los fallecimientos femeninos por cáncer en todo el mundo] (Reyes y Vilar, 2016). En varones es excepcional, presentándose con una incidencia de alrededor del 1% de la observada en mujeres (Davidson, 2016).

El cáncer de mama supone un gran problema sanitario para las mujeres de todo el mundo (Adrover y Vicente, 2015), sobre todo en países industrializados, donde se observa un aumento de la incidencia a la vez que una disminución en la mortalidad gracias a los avances en su diagnóstico precoz y en los tratamientos realizados (Muñoz, Prat, Grau de Castro, Viñolas, Reguart, Vilar, Maurel, Mellado y Arance, 2016; Hunter, 2017; SEOM, 2017).

La información más reciente proporcionada por la SEOM sobre la previsión de la incidencia del cáncer de mama toma en consideración la bibliografía científica más relevante, los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, y por los grupos EUROCORE (EUROCORE-5) y REDECAN (Red Española de Registros de Cáncer), así como los de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de

la Salud (OMS), que recoge los datos de los proyectos más relevantes de seguimiento del cáncer entre los que se encuentran GLOBOCAN y *Cancer Incidence in Five Continents (CI5)*; además de EUCAN (Observatorio Europeo del Cáncer). En este sentido, el último informe publicado por la SEOM estimó 27.747 casos nuevos de cáncer de mama en mujeres en España durante 2015 (CI 95% 24.027-31.957), siendo el primer tipo de tumor más diagnosticado en mujeres y el cuarto tipo de cáncer más diagnosticado en la población ese año, por detrás del cáncer colorrectal (41.441 casos), de próstata (33.370 casos) y de pulmón (28.347 casos). En cuanto a la edad de máxima incidencia en el cáncer de mama, ésta está por encima de los 50 años, pero aproximadamente un 10% se diagnostica en mujeres menores de 40 años.

En referencia a la prevalencia de este tipo de cáncer, es decir, el número o proporción de la población con cáncer de mama durante un periodo (o en un momento concreto), la SEOM indica en su último informe que en 2012 se diagnosticaron en España 25.215 pacientes con cáncer de mama, siendo su mortalidad de 6.075 pacientes, por lo que la prevalencia de este tipo de cáncer a los 5 años es de 104.210 personas diagnosticadas<sup>1</sup> (datos estimados para el presente 2017).

Respecto a la mortalidad, durante 2014 el cáncer de mama fue el tumor que causó un mayor número de fallecimientos en mujeres en España (6.213 fallecimientos), por delante de del cáncer de colon (4.827 casos), pulmón (4.047 casos) y páncreas (3.085 casos), sin que estos datos hayan supuesto modificaciones sustanciales respecto a años anteriores (SEOM, 2017). Este dato representa alrededor de un 16% de los fallecimientos por cáncer del sexo femenino en nuestro país y el 3,3% del total de muertes entre las mujeres. Sin embargo, también es

---

<sup>1</sup>La definición de prevalencia que se suele emplear es el número de pacientes diagnosticados con un tipo concreto de tumor que continúan vivos al año, a los 3 o a los 5 años del diagnóstico.

destacable el dato medio relativo a la supervivencia al cáncer de mama tras cinco años que se sitúa en el 89.2% de forma global (SEOM, 2017).

En cuanto a los datos en función del tipo de cáncer de mama, el carcinoma infiltrante es el tipo más frecuente, constituyendo entre el 70 y el 85% de la incidencia de casos, y el carcinoma in situ, representa entre el 15% el 30% de los casos (Romero, Osuna, Candanedo, Ramírez y Peñuelas, 2014).

De forma generalizada, la detección, el diagnóstico definitivo y el tratamiento oncológico, así como su seguimiento son fases de un mismo proceso en el que concurren diferentes análisis y pruebas. Así pues, en los apartados siguientes se realiza una breve descripción de los más relevantes.



## 2.1. DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

Los análisis de detección son aquellas pruebas que se indican regularmente a la población general (como la mamografía de cribado bianual) como medida de prevención. El objetivo es detectar el cáncer de mama en su etapa más temprana, antes de que se desarrolle cualquier síntoma, siendo las probabilidades de curación más elevadas. Muñoz et al., (2016) afirman que en un 50% de los casos, el cáncer de mama se detecta en mujeres asintomáticas; Martín (2008) y Haber et al. (2000) llegan a afirmar que este porcentaje es superior, alcanzando el 75% de los casos. Es importante mencionar también que la detección de una alteración en la palpación mamaria, por parte de la paciente o de un profesional sanitario en una exploración rutinaria, es el síntoma más frecuente de detección. Según el Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) los síntomas que aparecen más frecuentemente en las personas con sospecha de cáncer de mama pueden incluir alguno de los siguientes.

En la mayoría de los casos, la mujer puede detectar algún bulto o nódulo de reciente aparición que se palpa como una zona engrosada en la mama, y que puede ser o no doloroso al tacto. Este corresponde al signo observado con más frecuencia.

También puede apreciar cambios en la piel de la mama como la aparición de ulceraciones, hoyuelos (retracción de la piel), cambios de color, rugosidades, enrojecimiento o lo que se denomina “piel de naranja”, dada su similitud. En algunos casos se aprecian cambios en la forma o en el tamaño de alguna de las mamas, así como que el borde o la silueta de la mama sea irregular.

Otros de los signos pueden ser cambios en el pezón, como su inversión o retracción (el pezón se dirige hacia dentro de la mama, apareciendo como hundido), una úlcera que tarda en

cicatrizarse o la aparición de secreción que contiene sangre o que sólo se produce en una de las mamas.

Por último, también es un signo con frecuencia asociado al cáncer de mama la detección de un bulto o nódulo que se palpa en alguna de las axilas o la fijación del tejido de la mama al tórax, que se puede apreciar debido a una disminución de la movilidad de la mama al levantar el brazo del mismo lado.

Existen otros síntomas menos frecuentes, como pueden ser el cansancio o el dolor óseo localizado que, generalmente, aparecen en las fases más avanzadas de la enfermedad, debido a la presencia de metástasis en otros órganos distantes a la mama. Respecto a la mastalgia o dolor mamario, Davidson (2017) señala que, a pesar de ser un signo frecuente (especialmente como síntoma premenstrual), también puede asociarse con una neoplasia maligna, especialmente si no se presenta de forma cíclica. En definitiva, Albaina y Viana (2003) señalan que para valorar de manera adecuada los síntomas y signos en relación con la mama es necesario tener en consideración otros aspectos, como la edad, los factores de riesgo, las oscilaciones temporales, la bilateralidad, los exámenes previos, los desencadenantes y otros síntomas que se puedan presentar.

## **2.2. DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA**

### **2.2.1. Pruebas diagnósticas**

Las pruebas diagnósticas se indican en personas con sospecha de cáncer de mama, tanto por el resultado de un análisis de detección, como por los síntomas que experimenta la propia persona. Las pruebas diagnósticas se utilizan para confirmar la sospecha de cáncer de mama en cuyo caso, servirán además para determinar si se extiende más allá de la mama y para reunir la información necesaria con el fin de orientar las decisiones relativas al tratamiento. Tal y como indica el Instituto Nacional del Cáncer de EE. UU, todo ello está integrado en el protocolo actual de atención sanitaria que incluye las siguientes tres pautas fundamentales: a) confirmación de la patología, b) evaluación del estadio y pronóstico de la enfermedad y c) selección del tratamiento más apropiado (NIH, 2017).

Las pruebas diagnósticas empleadas principalmente son técnicas de imagen (mamografías, resonancias magnéticas y/o ecografías mamarias) y analíticas de sangre con hemograma completo. Sin embargo, tanto en las lesiones clínicamente ocultas como en las aparentes, resulta obligado realizar un estudio anatomopatológico para establecer el diagnóstico (Davidson, 2017; Muñoz et al., 2016). El diagnóstico patológico se realiza practicando una biopsia con aguja gruesa (BAG) del tumor mamario y/o una punción-aspiración con aguja fina (PAAF), con el objetivo de determinar definitivamente la presencia de un tumor maligno mamario.

A continuación, se presenta una breve descripción de las principales pruebas de detección que se emplean con más frecuencia en el diagnóstico de cáncer de mama:



## **Técnicas de imagen:**

**-Mamografía:** consiste en la realización de radiografías de los tejidos mamarios utilizando radiaciones ionizantes de baja energía. Se emplea para ello el mamógrafo, una máquina que consta de dos placas que comprimen o aplanan el pecho para disminuir el espesor del tejido. Cuando se usan con fines diagnósticos (porque existe sospecha tras un análisis de detección o porque el nódulo es palpable) las mamografías pueden incluir imágenes adicionales de las mamas que no son parte de las mamografías de cribado. Existen en la actualidad mamógrafos convencionales, que imprimen la mamografía en hojas de película, y mamógrafos digitales, que guardan y archivan las imágenes en el ordenador. Existe también un tipo de mamografía más reciente denominado tomosíntesis del seno o mamografía en 3D, que permite obtener múltiples imágenes de la mama y reproduce una imagen en tres dimensiones. En cualquier caso, un examen mamográfico típico consiste en la obtención de dos proyecciones radiográficas de cada mama: cráneo-caudal (CC) y medio-lateral-oblicua (MLO), con las que se evalúa el tejido mamario y/o localización de lesiones de los cuadrantes internos/externos y superiores /inferiores respectivamente.

Las mamografías pueden emplearse como técnica de detección (mamografía de cribado), como técnica de diagnóstico (que incluye mayor número de imágenes que la mamografía de cribado) y como técnica de control en periodo de seguimiento. En las mamografías de diagnóstico, los radiólogos buscan indicios de anomalías de cualquier tipo, entre ellas destacan (Junemann, 2009): nódulos, evaluándose tamaño, forma, márgenes y calcificaciones asociadas; distorsiones o alteraciones del tejido glandular que no se encuentran asociadas con una masa, asimetrías de densidad, es decir, la presencia de tejido glandular en una parte de la mama que no presenta una localización similar en la mama contraria y/o microcalcificaciones, que son pequeños puntos de calcio en el tejido blando que a veces indican la presencia de un cáncer de mama en estadio temprano.

Durante la búsqueda de un posible cáncer, los radiólogos también pueden descubrir tumores o estructuras en la mama que deban investigarse en profundidad, como por ejemplo: quistes (sacos llenos de líquido, muy comunes y raramente asociados con cáncer) y/o fibroadenomas (bultos móviles, sólidos y redondos formados por células mamarias normales que no se consideran cancerosos y suelen ser habituales en mujeres jóvenes) (Apesteguía, Pina, Ejarque, Sentís y Maristany, 2015).

Por último, las mamografías también pueden aportar al equipo médico información sobre otras posibles alteraciones en la mama asociadas al cáncer que son susceptibles de ser valoradas, como puede ser el engrosamiento de la piel, signos de edema, el aumento de la vascularización, el aumento de los ganglios linfáticos y/o la dilatación de los conductos mamarios.

**-Ecografía mamaria:** la ecografía, realizada con transductores de alta frecuencia (mayor de 7,5 MHz), es la técnica de elección para pacientes sintomáticas menores de 30-35 años, así como el complemento más utilizado y valioso de la mamografía y de la resonancia magnética, ya que permite discriminar entre nódulos sólidos y quísticos (Junemann, 2009). La ecografía de mama normalmente incluye también las regiones axilares, en busca de adenopatías (aumento de tamaño de los ganglios linfáticos de la axila) y además es una técnica de gran utilidad a la hora de servir como referencia para guiar punciones con las cuales obtener material celular para la realización de un examen anatomopatológico. Según la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, el progresivo aumento de la incidencia de cáncer de mama en mujeres jóvenes (con mamas de mayor densidad) ha conferido a la ecografía un mayor protagonismo en la detección y diagnóstico del cáncer de mama (SESPM, 2015).

**-Resonancia magnética:** La resonancia magnética (RM) es una técnica de imagen que se utiliza en el diagnóstico de cáncer de mama, aunque también se emplea para el control del

tratamiento y en el cribado de pacientes con alto riesgo familiar de cáncer de mama. Se basa en la utilización de un campo magnético junto con energía de radiofrecuencia y permite obtener imágenes del cuerpo. Con las imágenes de RM se pueden analizar algunos aspectos que resultan de difícil valoración con las otras técnicas de imagen como la mamografía, la ecografía y en ocasiones concretas puede proporcionar información adicional muy útil. Es una técnica especialmente indicada, por ejemplo, para definir mejor el tamaño de la lesión cuando es necesario para el tratamiento, para complementar la valoración de cambios tras la operación o para valorar las características de la lesión antes de iniciar un tratamiento y monitorizar los cambios que se producen tras éste.

En patología mamaria, los estudios de diagnóstico por imagen deben encuadrarse dentro del denominado sistema BI-RADS® (Breast Imaging Reporting and Data System), cuya última actualización se publicó en 2013, considerándose una herramienta fundamental en la descripción y clasificación de los hallazgos, con recomendaciones específicas para cada categoría y facilitando la interpretación de los resultados (Torres, 2016).

Existen además determinadas situaciones clínicas en las que el equipo médico puede sospechar de afectación metastásica en la paciente, es decir, que el tumor mamario se haya extendido a otras partes del cuerpo, como órganos o huesos, por lo que pueden también emplearse **técnicas de imagen adicionales**, como las siguientes (SESPM, 2015)):

**-Radiografía de tórax:** permite una evaluación de ambos pulmones, así como del mediastino y el esqueleto torácico.

**-Ecografía abdominal:** es la técnica de primera elección para la detección de posibles metástasis en el hígado.

**-Gammagrafía Ósea:** habitualmente se emplea para conocer la presencia o ausencia de metástasis en el esqueleto óseo.

**-Tomografía Axial Computarizada (TAC):** frecuentemente es empleada para conocer la existencia de afectación tumoral a nivel craneal, pulmonar, mediastínico, óseo, abdominal o retroperitoneal.

**-Tomografía por Emisión de Positrones (PET):** es una técnica de imagen basada en el metabolismo de sustancias marcadas radioactivamente y en el hecho de que los tumores malignos, debido a su hiperactividad celular, muestran mucha más actividad metabólica que los tejidos normales. Los equipos más modernos suelen asociar además un TAC (PET-TAC), fusionando imágenes y sumando las ventajas de ambas técnicas. Estas pruebas se indican en casos de tumores localmente avanzados o cuando existe una sospecha alta de enfermedad metastásica.

Además de las pruebas diagnósticas de imagen, existen **otras técnicas** que permiten recoger información fundamental sobre el tipo de tumor. En esta línea se encuentran:

**-Biopsia con aguja gruesa (BAG):** se ha impuesto como la técnica de elección en el diagnóstico histológico de las lesiones mamarias, especialmente si son visibles por técnicas de imagen. La BAG emplea dispositivos automáticos o semiautomáticos con los que se extrae una pequeña muestra de tejido procedente de la lesión, empleándose anestesia local. La principal ventaja que presenta es que se obtiene un análisis histológico de todo tipo de lesiones, siendo su seguridad diagnóstica cuando es guiada por ecografía superior al 95% (Torres, Vega, Suárez y González, 2015).

**-Punción-aspiración con aguja fina (PAAF):** es una técnica ampliamente utilizada desde hace décadas, que permite la obtención de una muestra de células para análisis citológico (Torres et al., 2015). Generalmente no precisa anestesia y se realiza mediante una jeringa con aguja. La PAAF se realiza actualmente en lesiones palpables y no palpables de la mama y uno

de los usos más frecuente consiste en la punción de adenopatías axilares con el fin de valorar posibles metástasis ganglionares.

**-Analítica de sangre:** con el hemograma completo se mide la cantidad de diferentes tipos de glóbulos, datos que informan del funcionamiento de la médula ósea. Se obtienen además datos sobre los minerales en la sangre, como el potasio y el calcio, así como de las proteínas especializadas, llamadas enzimas. Existe también información extraída de la analítica de sangre referida a ciertos marcadores relacionados con la posible existencia de un tumor: son los llamados *marcadores tumorales*. Los marcadores tumorales son sustancias producidas por las células cancerosas o por otras células del cuerpo como respuesta al cáncer o a ciertas afecciones benignas (Sociedad Americana contra el Cáncer (ACS), 2016); INH, 2015). La mayoría de los marcadores tumorales son producidos tanto por las células normales como por las células cancerosas; sin embargo, se producen en concentraciones más altas en enfermedades cancerosas. Índices elevados de estos marcadores han sido relacionados con la presencia de algunos tumores malignos. No obstante, la literatura médica indica que por sí solos no permiten confirmar o descartar un diagnóstico de cáncer por dos razones principales: el nivel de un marcador tumoral puede elevarse en personas con tumores benignos y el nivel de un marcador tumoral no se eleva en todas las personas con cáncer, especialmente si se encuentran en la etapa temprana de la enfermedad. En cuanto al cáncer de mama, no se recomiendan las pruebas de marcadores tumorales en estadio temprano porque los marcadores no son generalmente altos, pero pueden ser útiles para monitorear el crecimiento de la enfermedad recurrente o metastásica, junto con los síntomas y las pruebas por imágenes (Reyes y Miranda, 2016).

**-Estudio genético en la Unidad de Consejo Genético Oncológico:** aunque no es considerada una prueba diagnóstica en sí, el estudio de determinados genes del ADN (en concreto, genes BRCA1 y BRCA2) en las mujeres con sospecha de riesgo genético para su cáncer de mama, determina en parte el plan de tratamiento y de seguimiento en caso de

diagnóstico. Este estudio, que se realiza en caso de cumplir criterios de alta sospecha de mutación en esos genes, se realiza a petición de los médicos, generalmente oncólogos, y está cubierto por la Seguridad Social en todo el territorio español. Una vez que la persona acude a la unidad, se le completa el árbol genealógico familiar donde se reflejan los antecedentes oncológicos y se le extrae una muestra de sangre que es analizada en laboratorio. En estas unidades, se cuenta además con un servicio psicológico y otro oncológico que presta asistencia a las personas estudiadas. En el caso del cáncer de mama, se estima que entre un 5 y 10% de los diagnósticos tiene un componente genético, casos en los que además de implicar determinadas pautas específicas (como revisiones médicas más frecuentes) se incluye a familiares directos sin afectación con objeto preventivo. El resultado del estudio puede ser positivo para mutación en alguno de esos dos genes mencionados, negativo o no informativo (no hay afectación en ninguno de esos dos genes, pero hay sospecha de afectación en alguna otra parte del ADN que se desconoce).

Las pruebas diagnósticas permiten por tanto establecer la existencia del tumor y además su clasificación y su estadificación, es decir, la determinación exacta de la etapa en la que se encuentra.

### **2.2.2. Clasificación del cáncer de mama**

Como ya se ha comentado, el diagnóstico definitivo lo realiza el servicio de anatomía patológica, donde se analizan varios aspectos de la pieza que se recibe tras la BAG o la PAAF, con el fin de definir el tumor y establecer algunos factores importantes para determinar el pronóstico y la respuesta a determinados tratamientos. En este sentido, se pueden establecer dos tipos de clasificaciones principales: por un lado, el tipo de tumor a nivel histológico, que establece el patrón de crecimiento del tumor y, por otro, el tipo de tumor a nivel molecular o inmunohistoquímico, que establece las características biológicas (Romero et al., 2014).

#### **a) *Clasificación histológica***

La mayoría de los cánceres de mama son carcinomas. Estos cánceres se originan en las células que revisten los órganos y los tejidos (células epiteliales) y son a menudo un tipo de carcinoma llamado adenocarcinoma, que se origina en las células que producen glándulas (tejido glandular). Los adenocarcinomas de la mama se originan en los conductos (conductos galactóforos) o en los lóbulos (glándulas productoras de leche). Toda estructura de conductos y lóbulos está recubierta por la membrana basal y sostenida por el estroma mamario, formado por grasa, ligamentos, vasos sanguíneos y vasos linfáticos. Estos últimos se encargan de transportar la linfa (líquido claro formado por los desechos de los tejidos y de las células del sistema inmune) hasta los ganglios linfáticos axilares.

Existen, además de los adenocarcinomas, otros tipos de cáncer que pueden desarrollarse en la mama, como los sarcomas, que se desarrollan en las células del músculo, grasa o tejido conectivo. En algunas ocasiones, un único tumor de mama puede ser una combinación de diferentes tipos y, cabe también la posibilidad que, en algunos tipos muy poco comunes de cáncer de mama, las células cancerosas no formen un tumor sólido (ACS, 2016).

A nivel morfológico, los carcinomas de mama se dividen en *carcinoma in situ* y *carcinoma infiltrante/invasor* según la extensión de las células neoplásicas. El carcinoma in situ hace referencia a una población de células neoplásicas limitada a los conductos y lobulillos por la membrana basal; por lo que no invade ganglios linfáticos, vasos sanguíneos, ni puede metastatizar. Por otra parte, el carcinoma infiltrante o invasor ya ha invadido más allá de la membrana basal, con el consiguiente riesgo de invasión y desarrollo de metástasis (Muñoz et al., 2016). Los carcinomas infiltrantes a su vez se clasifican en ductal y lobulillar.

En la Tabla 1 se muestra la clasificación histológica más utilizada en la actualidad, propuesta por la Organización Mundial de la Salud (Tresserra, Ardiaca y Martínez, 2015):

Tabla 1. Clasificación histológica de los tumores de mama según la OMS

TUMORES EPITELIALES	MALIGNOS	NO INVASIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Carcinoma intraductal</li> <li>b) Carcinoma lobular “in situ”</li> </ul>
		INVASIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Carcinoma ductal invasivo</li> <li>b) Carcinoma ductal invasivo con predominio de componente intraductal</li> <li>c) Carcinoma lobular invasivo</li> <li>d) Carcinoma mucinoso</li> <li>e) Carcinoma medular</li> <li>f) Carcinoma papilar</li> <li>g) Carcinoma tubular</li> <li>h) Carcinoma adenoide quístico</li> <li>i) Carcinoma secretorio (Juvenil)</li> <li>j) Carcinoma apocrino</li> <li>k) Carcinoma con metaplasia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- De tipo escamoso</li> <li>- De tipo fusocelular</li> <li>- De tipo cartilaginoso y óseo</li> <li>- De tipo mixto</li> </ul> </li> <li>l) Inflamatorio</li> <li>m) Angiosarcoma</li> </ul>
		OTROS TIPOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Enfermedad de Paget del pezón</li> </ul>
TUMORES MIXTOS EPITELIALES Y DE TEJIDO CONECTIVO			<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fibroadenoma</li> <li>b) Tumor Phyllodes</li> <li>c) Carcinosarcoma</li> </ul>
TUMORES VARIOS			<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tumores de tejidos blandos</li> <li>b) Tumores de piel</li> <li>c) Tumores de origen hematopoyético y linfoide</li> </ul>



Tomando como base la tabla presentada, se considera relevante hacer mención a los carcinomas de mama diagnosticados con más frecuencia, los cuales se describen a continuación:

- **Carcinoma ductal in situ**: El carcinoma ductal in situ (CDIS) también conocido como *carcinoma intraductal*, es el tipo más común de cáncer de mama no invasivo. “Ductal” significa que el cáncer comienza dentro de los conductos lácteos y la expresión *in situ* significa “en su lugar original”. Se considera una lesión de mama no invasiva o pre invasiva.
- **Carcinoma lobulillar in situ**: Al *carcinoma lobulillar in situ (CLIS)* también se le denomina neoplasia lobulillar (en realidad, el CLIS es una señal de que la persona presenta un riesgo mayor al promedio de padecer cáncer de mama en el futuro y por este motivo, algunos especialistas prefieren ese término). El carcinoma lobular in situ (CLIS) es un área o varias áreas de crecimiento celular anómalo que aumentan el riesgo de que una persona desarrolle cáncer de mama invasivo más adelante. “Lobular o lobulillar” significa que las células anómalas comienzan a crecer en los lobulillos, las glándulas productoras de leche ubicadas en los extremos de los conductos mamarios. Las personas diagnosticadas con CLIS suelen tener más de un lobulillo afectado pero las células cancerosas no atraviesan la pared de los mismos. Parece asociarse con un riesgo del 25% de desarrollar un cáncer de mama invasivo en cualquiera de las mamas (Davidson, 2017).
- **Carcinoma ductal invasivo (o infiltrante)**: El *carcinoma ductal invasivo o infiltrante (CDI)* es el tipo más común de cáncer de mama: aproximadamente 8 de cada 10 cánceres de mama invasivos son carcinomas ductales infiltrantes (Davidson, 2017; ACS, 2016). De nuevo “ductal” significa que el cáncer comenzó en los conductos lácteos e “invasivo” que penetra a través de la pared del conducto creciendo en el tejido

adiposo del mismo. Con el tiempo, el carcinoma ductal invasivo puede propagarse hacia los ganglios linfáticos y posiblemente a otras áreas del cuerpo.

- **Carcinoma lobulillar invasivo (o infiltrante)**: El *carcinoma lobulillar invasivo (CLI)* es el segundo tipo de cáncer de mama más común después del carcinoma ductal invasivo. Comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos) y al igual que el CDI, puede tener la capacidad de propagarse hacia otras partes del cuerpo a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo, originando metástasis en la paciente. Aproximadamente 1 de cada 10 diagnósticos de cáncer invasivos de mama es un CLI. Puede afectar a mujeres de cualquier edad, pero tiende a aparecer en edades más avanzadas que los carcinomas ductales invasivos: 60 años de media frente a los 55, respectivamente (Davidson, 2017; ACS, 2016).

También reflejados en la tabla, pero con una **frecuencia de diagnóstico menor** se encuentran los siguientes carcinomas de mama:

- **Cáncer de mama inflamatorio**: Es un tipo de cáncer invasivo de mama poco común, representando aproximadamente del 1% al 3% de todos los cánceres de mama. Se diferencia de otros tipos de cáncer de mama por los síntomas, el pronóstico y el tratamiento. Se caracteriza clínicamente por edema de la piel ("piel de naranja"), eritema, calor y endurecimiento de la mama y estos síntomas son causados por células cancerosas que bloquean los vasos linfáticos en la piel. El cáncer de mama inflamatorio suele ocurrir en mujeres más jóvenes [la edad promedio es de 52 frente a 57 para las formas más comunes de cáncer de pecho (ACS, 2016)]. Este cáncer también tiende a ser más agresivo en comparación con los tipos más comunes de cáncer de mama.
- **Enfermedad de Paget del pezón**: Este tipo de cáncer comienza en los conductos de la mama y se propaga hacia la piel del pezón y después hacia la areola (el círculo oscuro

que rodea al pezón). Por lo general, la enfermedad de Paget afecta solamente a un pezón y casi siempre está asociada al carcinoma ductal in situ (CDIS) o al carcinoma ductal infiltrante (CDI).

- **Tumores filoides (Phyllodes)**: El término “filoides”, que proviene del griego y significa “similar a una hoja”, hace referencia al hecho de que las células del tumor se multiplican siguiendo un patrón en forma de hoja. Los tumores filoides son tumores de la mama que se originan en el tejido conectivo del pecho (estroma), a diferencia de los carcinomas, que se forman en los conductos o en los lóbulos. Los tumores filoides son más frecuentes en mujeres de 30 a 49 años, aunque pueden presentarse en mujeres de cualquier edad. Las mujeres con síndrome de Li-Fraumeni (una condición genética hereditaria y poco común) tienen un mayor riesgo de padecerlo. La mayoría de los tumores filoides son benignos, pero aproximadamente 1 de cada 10 de estos tumores son malignos, implicando así un diagnóstico de cáncer.
- **Angiosarcoma**: Esta forma de cáncer, que se forma con poca frecuencia en las mamas, se origina en las células que revisten los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos.

#### ***b) Clasificación molecular o inmunohistoquímica***

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea desde el punto de vista clínico y biológico y, como se ha descrito con anterioridad, está causada por la progresiva acumulación de aberraciones genéticas y otras alteraciones moleculares que afectan a los procesos fundamentales de la célula mamaria (Muñoz et al., 2016). En este sentido, la investigación biomédica que se ha realizado en cáncer de mama ha demostrado que estos tumores expresan genes distintos que les confieren variabilidad biológica y de pronóstico (Romero y Osuna, 2014; Eusebi, Cummings, Farshidy Agnantis 2004). La clasificación molecular es posible realizarla de acuerdo a la caracterización molecular mediante técnicas de inmunohistoquímica

(IHQ) que emplean inmunotinción mediada por anticuerpos marcados con una sustancia, que al unirse específicamente a determinados antígenos reaccionan absorbiendo o emitiendo luz que se hace visible. En el caso del cáncer de mama, de esta manera se determina la presencia o ausencia de antígenos receptores hormonales de estrógeno y progesterona (RE y RP), la sobreexpresión del gen del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (Her2) y el índice de proliferación celular (Ki67), permitiendo individualizar óptimamente el tratamiento oncológico (Romero et al., 2014; Pérez, Vela y Mora, 2008).

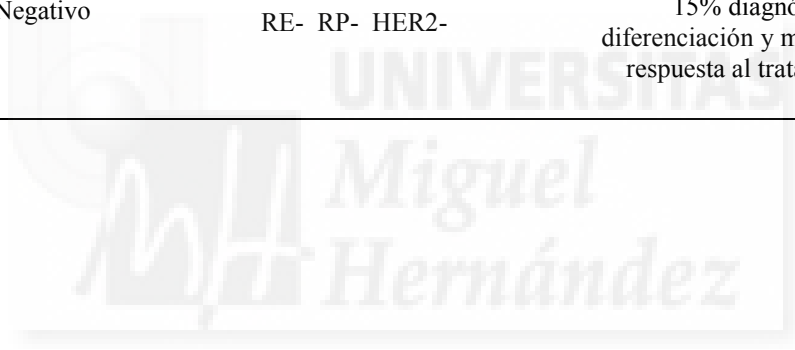
Dichos estudios a nivel molecular han permitido identificar cuatro subtipos de cáncer de mama:

- Luminal A: son tumores hormonosensibles, con expresión baja de genes proliferativos, y de buen pronóstico en general.
- Luminal B: son tumores hormonosensibles, con expresión elevada de genes proliferativos, y con peor pronóstico que el anterior.
- HER2-enriquecido: son tumores con hormonosensibilidad intermedia, suelen sobreexpresar HER2 y su vía de señalización es intracelular.
- Triple Negativo (basal like): son tumores que no son hormonosensibles, tienen elevada expresión de genes proliferativos y baja expresión de genes luminales.

Actualmente, esta información sirve para determinar parte de la estrategia terapéutica, delimitando así las principales características de cada subtipo, las cuales se presentan brevemente en la siguiente tabla:

Tabla 2. Clasificación Inmunohistoquímica del cáncer de mama.  
 Tomada de Imigo, Mansilla, Delama, Poblete y Fonfach, 2011 (Modificada de Schnitt 2009)

<i>Subtipo</i>	<i>Inmunofenotipo</i>	<i>Observaciones</i>
Luminal A	RE+ RP+ HER2- Ki67 <14%	40% de diagnósticos. Tumores bien diferenciados y con buen pronóstico. Poco beneficio de la QT.
Luminal B	RE+ RP± HER2± Ki67 >14%	20% de diagnósticos. Tumores moderadamente diferenciados. Pronóstico intermedio. Beneficios medio de la QT.
Her2+	RE- RP+ HER2+ Ki67 elevado	15% diagnósticos. Tumores altamente diferenciados. Mal pronóstico. Beneficio alto de la QT. Posibilidad de tratamiento específico con contra el receptor HER2
Triple Negativo	RE- RP- HER2-	15% diagnósticos. Alto grado de diferenciación y mal pronóstico. Alta respuesta al tratamiento con QT.



### 2.2.3. Estadificación del cáncer de mama

La estadificación del cáncer tiene gran importancia, ya que además de permitir el diagnóstico preciso, en muchos casos condiciona las decisiones terapéuticas (Lippman, 2016). En oncología se emplea la clasificación TNM, método de estadiaje de neoplasias desarrollado por la American Joint Comité on Cancer (AJCC) en colaboración con la Unión Internacional Contra Cáncer (UICC) en 1977, publicándose la última actualización en 2010 (Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, 2015). Esta clasificación recoge los rasgos más destacados en cuanto a tamaño tumoral (T), afectación ganglionar (N, de nodes en inglés) y presencia o no de metástasis (M). Existe un TNM clínico realizado con los datos aportados por la exploración física y las pruebas radiológicas iniciales; un TNM patológico, que recoge los datos obtenidos del estudio de la pieza quirúrgica y, por último, un TMN con datos también patológicos pero analizados en pacientes que han recibido algún tratamiento previo a la cirugía (Muñoz et al. 2016).

Según la Sociedad Americana contra el Cáncer (2016) la determinación de la etapa es un proceso cuyo objetivo es determinar lo propagado que se encuentra el cáncer en el momento del diagnóstico para poder decidir cómo tratarlo de la forma más eficaz posible. En este proceso, los cánceres en etapas más tempranas se identifican como etapas 0 (carcinoma in situ) y prosiguen a etapas que van de I (1) a IV (4). Algunas de las etapas se dividen en subetapas usando las letras A, B y C. De esta forma, los tumores que se encuentren en los estadios 0, 1 o 2 tienen mejor pronóstico que los tumores diagnosticados en los estadios 3 y 4.

Una vez que se han determinado las categorías T, N y M para el cáncer, se hace necesario combinar la información para encontrar la etapa del cáncer. Este proceso se conoce como agrupación por etapas, tendiendo a tratarse de forma similar los cánceres con etapas y pronóstico similares (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016).

En la Tabla 3 se detallan las diferentes etapas de estadificación del cáncer de mama, según la Sociedad Americana contra el Cáncer (ACS, 2016):

Tabla 3. Estadificación del cáncer de mama

Etapa 0	Tis	Se considera aquí el carcinoma ductal in situ (CDIS). El carcinoma lobulillar in situ (LCIS) algunas veces se clasifica también como cáncer de mama en etapa 0. La enfermedad de Paget del pezón (sin una masa tumoral subyacente) también es etapa 0. En todos los casos, el cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos ni a áreas distantes.
	N0	
	M0	
Etapa IA	T1	El tumor mide 2 cm o menos de ancho (T1) y no se ha propagado a los ganglios linfáticos (N0) ni a áreas distantes (M0).
	N0	
	M0	
Etapa IB	T0 o T1	El tumor mide 2 cm o menos (T0 o T1) de ancho y presenta micrometástasis en uno a tres ganglios linfáticos axilares. El cáncer no se ha propagado a áreas distantes (M0).
	N1mi	
	M0	
Etapa IIA	T0 o T1	El tumor mide 2 cm o menos de ancho (T1 o T0) y cualquiera de lo siguiente está presente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El cáncer se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo), y el cáncer en los ganglios linfáticos mide más de 2 mm de ancho (N1a),</li> <li>• Se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos (ganglios cercanos al esternón) en la biopsia de ganglio centinela (N1b),</li> <li>• El cáncer se propagó a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares y a ganglios linfáticos mamaros internos (encontrados en la biopsia de ganglio centinela) (N1c).</li> </ul> El cáncer no se ha propagado a áreas distantes (M0).
	N1	
	(pero no N1mi)	
Etapa IIB	T2	El tumor mide más de 2 cm, pero menos de 5 cm de ancho (T2) y no se ha propagado a los ganglios linfáticos (N0). El cáncer no se ha propagado a áreas distantes (M0).
	N0	
	M0	
Etapa IIB	T2	El tumor mide más de 2 cm, pero menos de 5 cm de ancho (T2). El cáncer se ha propagado a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares, y/o se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos en la biopsia de ganglio centinela (N1). El cáncer no se ha propagado a sitios distantes (M0).
	N1	
	M0	

	T3 N0 M0	El tumor mide más de 5 cm de ancho, pero no ha invadido la pared torácica o la piel (T3). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos (N0) ni a sitios distantes (M0).
	T0 a T2 N2 M0	El tumor no mide más de 5 cm de ancho (T0 a T2). Se propagó a entre cuatro y nueve ganglios linfáticos axilares, o el cáncer ha agrandado los ganglios linfáticos mamaros internos (N2). El cáncer no se ha propagado a sitios distantes (M0).
Etapa	III A	
	T3 N1 o N2 M0	El tumor mide más de 5 cm de ancho, pero no ha invadido la pared torácica ni la piel (T3). Se ha propagado a entre uno a nueve ganglios linfáticos axilares, o a los ganglios mamaros internos (N1 o N2). El cáncer no se ha propagado a sitios distantes (M0).
	T4 N0 a N2 M0	El tumor ha crecido en la pared torácica o en la piel (T4), y uno de los siguientes criterios está presente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos (N0).</li> <li>• El cáncer se ha propagado a entre uno y tres ganglios linfáticos axilares, y/o se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos en la biopsia de ganglio centinela (N1).</li> <li>• Se ha propagado a entre cuatro y nueve ganglios linfáticos axilares, o el cáncer ha agrandado los ganglios linfáticos mamaros internos (N2).</li> </ul> El cáncer no se ha propagado a sitios distantes (M0).
Etapa	III B	
	Cualquier T N3 M0	El cáncer de seno inflamatorio se clasifica como T4d y está al menos en etapa IIIB. Si se ha propagado a muchos ganglios linfáticos cercanos (N3), podría estar en etapa IIIC, y si se ha propagado a ganglios linfáticos distantes o a órganos (M1) estaría en etapa IV. <p>El tumor es de cualquier tamaño (o no puede ser encontrado), y existe una de las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Propagación del cáncer a 10 o más ganglios linfáticos axilares (N3).</li> <li>• Propagación del cáncer a los ganglios linfáticos debajo de la clavícula (ganglios infraclaviculares) (N3).</li> <li>• Propagación del cáncer a los ganglios linfáticos sobre de la clavícula (ganglios supraclaviculares) (N3).</li> <li>• El cáncer afecta a los ganglios linfáticos axilares y ha agrandado los ganglios linfáticos mamaros internos (N3).</li> <li>• El cáncer se ha propagado a cuatro o más ganglios linfáticos axilares, y se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos en la biopsia de ganglio centinela (N3).</li> </ul> El cáncer no se ha propagado a sitios distantes (M0)



---

Etapa	Cualquier T cualquier N	El cáncer puede ser de cualquier tamaño (cualquier T) y podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (cualquier N). Se ha propagado a órganos distantes o a ganglios linfáticos distantes al seno (M1). Los lugares donde el cáncer se propaga con más frecuencia son los huesos, el hígado, el cerebro o los pulmones.
IV	M1	

---



### 2.3. CONTROL Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

Una vez diagnosticada la enfermedad y conocida su extensión, los comités hospitalarios de cáncer de mama, formados por un equipo multidisciplinar (generalmente oncólogos médicos, cirujanos, oncólogos radioterapeutas, anatomopatólogos, radiólogos, ginecólogos y, en algunos casos también psicólogos) analizan cada caso concreto y determinan cuál es el plan terapéutico más apropiado. Para ello, tal y como indica la Asociación Española Contra el Cáncer, se tienen en cuenta tanto las características histológicas e inmunohistoquímicas del tumor como ciertos aspectos clínicos y patológicos, tales como la edad de la paciente, el estado físico general o el estado hormonal (premenopausia, menopausia), así como la existencia de patologías clínicas previas que puedan condicionar el tratamiento (AECC, 2017).

El tratamiento médico del cáncer de mama es multidisciplinario y se centra generalmente en distintas combinaciones de cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y terapia biológica. Las dos primeras actúan a nivel local, es decir, sobre la mama y los ganglios linfáticos; las restantes actúan tanto a nivel local como en el resto del organismo, en lo que se denomina tratamiento sistémico. Estas últimas se emplean de forma complementaria (o adyuvante) al tratamiento local o como tratamiento neoadyuvante, es decir, de forma previa a la cirugía para reducir el tamaño tumoral y posibilitar la conservación de la mama o como tratamiento de primera elección en la enfermedad diseminada.

A continuación, se detallan las principales técnicas de tratamiento en base a esta clasificación:

### 2.3.1. Tratamientos locales o locorreregionales

Dentro de este grupo se encontrarían la cirugía y la radioterapia. Se denominan así puesto que van dirigidos al tumor en su lugar de origen o en alguna localización determinada.

#### a) *Cirugía*

La intencionalidad de la cirugía se centra en conseguir la extirpación de la enfermedad locorregeional, con un buen resultado estético (Sabadell, Acea y Vernet, 2015; Martín, Herrero y Echavarría, 2015). El tipo de tratamiento quirúrgico sobre la mama depende fundamentalmente de su estadificación, que está a su vez condicionada por el tamaño del tumor, su relación con el tamaño de la mama y la existencia de lesiones multifocales o multicéntricas. Para el cáncer de mama destacan las siguientes intervenciones quirúrgicas:

- **Cirugía conservadora (CC)**: esta intervención quirúrgica supone la conservación de la mama, extirpando únicamente la masa tumoral y garantizando unos márgenes libres de células cancerígenas. Implica una mutilación menor, lo que conlleva un resultado estético menos agresivo. Es difícil su indicación en mamas pequeñas, cuando el tumor es mayor de 3cm o cuando coexisten varios focos tumorales (cáncer multicéntrico) (Guía Conselleria de Sanitat, dentro del plan oncológico de CV, 2012) y es condición indispensable el tratamiento con radioterapia adyuvante (Sabadell et al., 2015). Existen tres tipos: tumorectomía (no incluye resección de piel y se extirpa la lesión con margen de seguridad), segmentectomía (extirpación amplia de un segmento mamario que no incluye extirpación de piel) y cuadrantectomía (extirpación de un cuadrante de la mama, incluyendo la piel del mismo).

- **Mastectomía**: supone la extirpación quirúrgica de la mama al completo, es decir, piel, complejo areola-pezones y todo el tejido glandular mamario. La mastectomía está indicada en caso de contraindicación de CC, imposibilidad de radioterapia adyuvante y, en ocasiones, por deseo expreso de la paciente. En algunos casos, cuando se encuentra afecto el músculo pectoral, la mastectomía conlleva además la extirpación del mismo y de los ganglios linfáticos axilares (linfadenectomía), denominándose mastectomía radical.

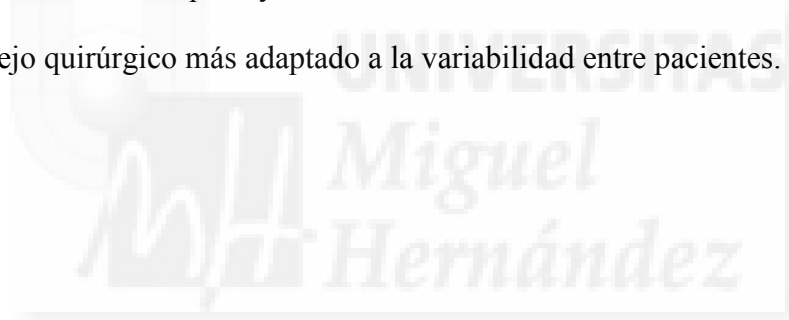
La elección entre la cirugía conservadora o la mastectomía depende de varios factores, entre los que se encuentra la fase de la enfermedad, el tamaño del tumor, la relación tamaño del tumor/tamaño de la mama, el tipo de tumor, la edad y el estado general de la paciente (Martín et al., 2015). Otras de las variables que pueden condicionar el tipo de cirugía son el resultado del estudio en la Unidad de Consejo Genético Oncológico en caso de que se cumplan criterios para su realización y, también, la preferencia expresa de la paciente por un tipo u otro de intervención quirúrgica.

- **Cirugía de los ganglios axilares**: El estado ganglionar es considerado un importante factor pronóstico que condiciona la estrategia terapéutica (Giménez, Vidal-Sicart, Bernet, 2015). Clásicamente, la estadificación quirúrgica se basaba en la extracción prácticamente total de los ganglios axilares (linfadenectomía) y su posterior evaluación histológica. Sin embargo, este procedimiento implica riesgos de linfedema en el brazo (acumulación de líquido debido a la obstrucción en el sistema linfático tras la extirpación de uno o varios ganglios axilares), infecciones, alteraciones sensitivas y de movilidad. Los avances en el campo de la intervención quirúrgica han permitido el desarrollo de la técnica conocida como biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) que, en el cáncer de mama, ha permitido realizar de forma cada vez más frecuente una cirugía conservadora axilar y evitar linfadenectomías innecesarias. Su uso se ha

extendido desde 1990 y actualmente está considerada la técnica más adecuada en la estadificación del cáncer de mama (Bernet, Piñero, Vidal-Sicart, Pegd, Giménez, Algara, Dueñas, Tresserra, Cano, Cordero, Navarro, Torró, Pardo, Martínez, Moreno, Vallejos, Vázquez, Álvarez, Raya, Carreira, Galobardes, Iglesias, Fuster, Lluch y Martínez, 2013; Piñero, Jiménez, Merck y Vázquez, 2007). Desde el punto de vista de la Medicina Nuclear se considera ganglio centinela (GC) aquel que recibe el drenaje linfático directamente desde el tumor primario y que es detectable por pruebas de imagen, como la linfogammagrafía (Bernet et al., 2013). Así pues, el GC es el primer ganglio que recibe drenaje linfático desde un tumor primario y, por tanto, estaría inicialmente expuesto a recibir metástasis procedentes de la mama. Sin embargo, si el GC no muestra metástasis, el resto de ganglios de la región linfática del brazo tampoco las presentarán, siendo innecesaria su extirpación (Giménez et al., 2015). No obstante, existen ciertas situaciones en las que está contraindicado su uso, como cuando existe certeza de afectación axilar mediante pruebas de imagen (como la ecografía) o cuando se trata de un carcinoma localmente avanzado en el momento del diagnóstico (Giménez et al., 2015).

- **Cirugía oncoplástica:** Los procedimientos oncoplásticos constituyen una alternativa en el manejo quirúrgico de la mujer con cáncer de mama para mejorar la calidad de la cirugía conservadora, optimizar la irradiación posterior de la mama e incrementar el manejo conservador en procesos multifocales/multicéntricos. Esta nueva perspectiva contempla el resultado estético como parte integral del tratamiento oncológico, incorporando sus principios a las cirugías locales (tumorectomías) y a la propia amputación de la mama (mastectomía) para mejorar así las expectativas en la reconstrucción posterior. Esta visión en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama centra su atención en la preservación del contorno mamario, la disminución en la

visibilidad de las cicatrices, la optimización de la mama para su irradiación y la similitud en los volúmenes mamarios, generando menor deformidad y menor asimetría entre ambos pechos (Giménez et al., 2015). Como parte de la cirugía oncoplástica en el cáncer de mama resulta relevante describir brevemente la **reconstrucción mamaria**, que tiene como fin rellenar el hueco y la deformidad que puede quedar en el tórax tras las cirugías anteriores, recreando una mama de aspecto natural que incluye la areola y el pezón. Con esta intervención quirúrgica se elimina la necesidad de llevar prótesis externas de relleno y puede llevarse a cabo de forma inmediata (en la misma operación de la mastectomía), o de forma diferida (meses o años después), dependiendo del plan de tratamiento prescrito. Ambas están incluidas en el catálogo de prestaciones de la Sanidad Pública en España y en la actualidad existen diferentes técnicas que permiten un manejo quirúrgico más adaptado a la variabilidad entre pacientes.



## b) *Radioterapia*

La radioterapia es un pilar básico en el tratamiento del cáncer de mama, con indicación en todas las fases de la enfermedad (Ornelas-Mejorada, Tufiño y Sánchez, 2011). Su uso más extendido es como complemento a la cirugía, con lo que se consiguen reducir las tasas de recidivas y mejorar así los índices de supervivencia (Algara, Bayo, Pérez, Muñoz y Guinot, 2015; Guerra y Moreno, 2007). En España, los últimos datos publicados por la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria indican que la irradiación del cáncer de mama ha pasado del 45% en el año 1990 al 59% en el año 2000, siendo estas cifras similares a las publicadas internacionalmente. Esto implica en la actualidad que el cáncer de mama supone aproximadamente el 30% de la carga de un Servicio de Oncología Radioterápica (Algara et al., 2015).

La radioterapia consiste en la aplicación de alta energía proveniente de rayos X, rayos gamma, neutrones, protones y otras fuentes para destruir células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. En el caso del cáncer mamario, consiste en la aplicación de radiaciones ionizantes en la mama o en la pared torácica y en ocasiones en las cadenas ganglionares a las que drena, especialmente las axilares y las cadenas supraclaviculares (AECC, 2014)

La radiación puede venir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia de haz externo) o de un material radiactivo colocado en el cuerpo cerca de las células cancerosas (radioterapia interna o braquiterapia). Las zonas a irradiar suelen incluir la mama (en caso de cirugía conservadora), la zona axilar y la pared torácica, aunque existen otras delimitaciones susceptibles de recibirla dependiendo de aspectos como la existencia de márgenes afectos tras la cirugía, el grado tumoral, la presencia de receptores hormonales o la afectación linfovascular, entre otros (Algara et al., 2015).

El tratamiento estándar de radioterapia se administra de 5 a 7 semanas, con una duración diaria de pocos minutos, lo que supone entre 20 y 30 sesiones, dependiendo de las características médico-clínicas de la paciente.

La toxicidad del tratamiento con radioterapia depende fundamentalmente del volumen que se irradie y de qué tratamientos sistémicos previos y/o concomitantes se hayan pautado (Algara et al., 2015). La toxicidad aguda que ocurre en mayor medida es la dermatitis, cuyas localizaciones más frecuentes y de mayor intensidad son el surco submamario y los pliegues de la axila. La evolución habitual de la dermatitis por radioterapia suele ser eritema (piel enrojecida) que puede ir acompañado de prurito (picor), descamación seca, y en algunos casos, descamación húmeda o incluso infección. Existen, además, algunos efectos crónicos de la radioterapia, que incluyen oscurecimiento de la piel y endurecimiento de la mama. El tratamiento con radioterapia suele generar en la paciente sensación de cansancio, que puede durar incluso una vez concluidas las sesiones y, en ocasiones, puede afectar a algunos órganos, como los pulmones y el corazón (en la irradiación de la mama izquierda) si bien, gracias a los avances tecnológicos la toxicidad en estos órganos ha disminuido considerablemente.



### 2.3.2. Tratamientos sistémicos

Dentro de este grupo se encontrarían la quimioterapia (QT), la hormonoterapia o tratamiento hormonal (TH) y la terapia biológica o inmunoterapia. Se denominan sistémicos al actuar a nivel extenso, en todo el organismo.

#### a) *Quimioterapia*

El tratamiento con quimioterapia (QT) consiste en la administración de una combinación de fármacos con capacidad para destruir células en crecimiento, especialmente las cancerosas. Existen varias vías de administración, pero las más frecuentes son la intravenosa y, en algunos casos, la oral. Al ser un tratamiento sistémico, el medicamento es introducido en el torrente sanguíneo, pudiendo bloquear el crecimiento de células tumorales fuera del área de la mama (Pons, Bermejo y Lluch, 2015).

La QT puede administrarse como complemento tras la cirugía (QT adyuvante), para destruir células ocultas que no pueden visualizarse por pruebas de imagen o que no son palpables a la exploración física. En otras ocasiones puede administrarse antes de la cirugía (QT neoadyuvante), con el fin de reducir el tamaño tumoral y actuar precozmente sobre las células micrometastásicas ocultas. En estos casos, está especialmente indicada en tumores localmente avanzados para tratar precozmente las células diseminadas y para tumores localizados mayores de 3 cm con el fin de reducir el tumor y hacer posible la cirugía conservadora. En los casos de enfermedad avanzada o metastásica, la QT no se administra con intención curativa, sino con el objetivo de disminuir los síntomas en la paciente (AECC, 2014).

Generalmente no es necesaria la hospitalización para recibir este tratamiento, aunque el tiempo de administración dependerá del tipo de combinación que se administre. La QT se aplica en ciclos que van seguidos de un periodo de descanso. El número total de ciclos es variable, según la pauta que se utilice. En el caso del cáncer de mama estos ciclos suelen ser cada 21 días o cada 7, incluyendo en ocasiones una combinación de ambos tipos en el plan de tratamiento con QT.

La QT afecta tanto a células cancerosas como a células normales, por lo que aparecen diferentes efectos secundarios tras su administración. La duración y la intensidad de los mismos dependen de varios factores, como el estado físico general de la paciente o su grado de sensibilidad a los fármacos, y presenta cierta variabilidad entre ciclos incluso aunque no se varíe la cantidad de medicación.

Entre los efectos secundarios más frecuentes destacan las náuseas y vómitos, la alteración del sabor y la mucositis (aparición de llagas en la boca), las molestias musculares, el cansancio, los trastornos intestinales (estreñimiento o diarrea), la disminución de hematíes, de leucocitos y de plaquetas y la caída temporal del cabello. En estos casos, los oncólogos pueden prescribir ciertos fármacos, como los antieméticos, con el fin de reducir la toxicidad y mejorar el proceso de tratamiento con QT.

## ***b) Hormonoterapia***

Como se ha descrito en apartados anteriores, existe la posibilidad de que las células tumorales se hayan visto estimuladas por las hormonas sexuales femeninas, fundamentalmente los estrógenos y la progesterona. Cuando las células tumorales conservan dicha característica (más de la mitad de los casos), es posible administrar un tratamiento hormonal adyuvante o complementario, que ha demostrado tener una elevada eficacia en la reducción del riesgo de recaída del tumor y en la mejora de la supervivencia (AECC, 2014).

En este tipo de tumores, denominados hormonosensibles, el empleo de estos fármacos modifica el comportamiento de las hormonas sobre las células mamarias, o bien impide su producción. Al igual que el tratamiento con QT, el Tratamiento Hormonal (TH) puede administrarse de forma neoadyuvante (previo a otros tratamientos), de forma adyuvante (como complemento), de forma paliativa o de forma exclusiva.

Dependiendo del estado hormonal de la paciente (pre o posmenopáusica) se administrará un tipo u otro de fármaco, aunque, en ambos casos, la duración del tratamiento se extiende entre los 5 y los 10 años posteriores al diagnóstico. El TH se administra de forma oral diariamente y presenta diversos efectos secundarios que varían en duración e intensidad entre las pacientes. En este sentido, los efectos secundarios más habituales están relacionados con la consecuente disminución de estrógenos y progesterona en el organismo, provocando signos y síntomas similares a los descritos en el proceso postmenopáusico: sofocos, dolor articular y/o muscular, sequedad vaginal o cefaleas.

### ***c) Terapia biológica o Inmunoterapia***

Una de las sustancias que en algunos casos se encuentra aumentada en el cáncer de mama (20-30% de las pacientes) es la proteína HER2, que ha sido descrita en apartados anteriores. Esta sobreexpresión del gen se trata actualmente a nivel oncológico con un anticuerpo monoclonal, que actúa sobre las células tumorales capaces de producir la proteína en exceso, disminuyendo o deteniendo su crecimiento. Este fármaco tiene la característica de actuar destruyendo solamente las células tumorales sin actuar sobre las células sanas. Al igual que los anteriores, se puede administrar como único tratamiento o en combinación con quimioterapia u hormonoterapia.

Generalmente, el tratamiento biológico se administra de forma intravenosa durante un año aproximadamente, cada tres semanas. En cuanto a los efectos secundarios, los más habituales son similares a los provocados por una gripe, entre los que destacan fiebre, escalofríos, dolores musculares o náuseas.

### 2.3.3. Protocolos de control y seguimiento

Gracias a las campañas de cribado poblacional, que aumentan el diagnóstico en las fases más iniciales de la enfermedad, y a los avances en el tratamiento médico del cáncer de mama, se ha producido un aumento considerable en las tasas de prevalencia a nivel mundial (Adrover y Vicente, 2015). En este sentido, el riesgo de recaída, tanto a nivel local como a distancia, y de segundos diagnósticos de cáncer, hacen necesario contar con un protocolo de seguimiento para garantizar una adecuada asistencia de calidad.

A pesar de que existen ciertas divergencias en cuanto a exploraciones a realizar y frecuencia y duración de las revisiones, existe un consenso avalado por la American Society of Clinical Oncology (ASCO) que desde 1997 se revisa periódicamente (Khatcheressian, Hurley, Bantug, Esserman, Grunfeld, Halberg, Hantel, Lynn, Muss, Smith, Vogel, Wolff, Somerfield y Davidson, 2013). A nivel nacional, la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria establece también cuáles deben ser los criterios de seguimiento dentro de la atención proporcionada por las Unidades de Mama de los distintos hospitales españoles.

En concreto, como se aprecia en la Tabla 4, en relación a la frecuencia de las revisiones, se estipulan revisiones cada 3-4 meses durante los 2-3 primeros años; cada 6 meses hasta los 5 años y a partir de ahí, anuales sin precisar límite temporal. En cuanto a las exploraciones a realizar, las guías clínicas indican al menos un seguimiento que incluya historia clínica, exploración física y mamografía anual (Adrover y Vicente, 2015). En cuanto al tiempo medio de seguimiento, éste viene definido normalmente por la duración del tratamiento y el riesgo de cada paciente y cada vez más éste es llevado a cabo por el servicio de oncología en coordinación con la atención primaria.

Aunque actualmente se realiza prácticamente el mismo tipo de seguimiento a todas las mujeres afectadas por cáncer de mama, existen algunos subgrupos de pacientes con un riesgo

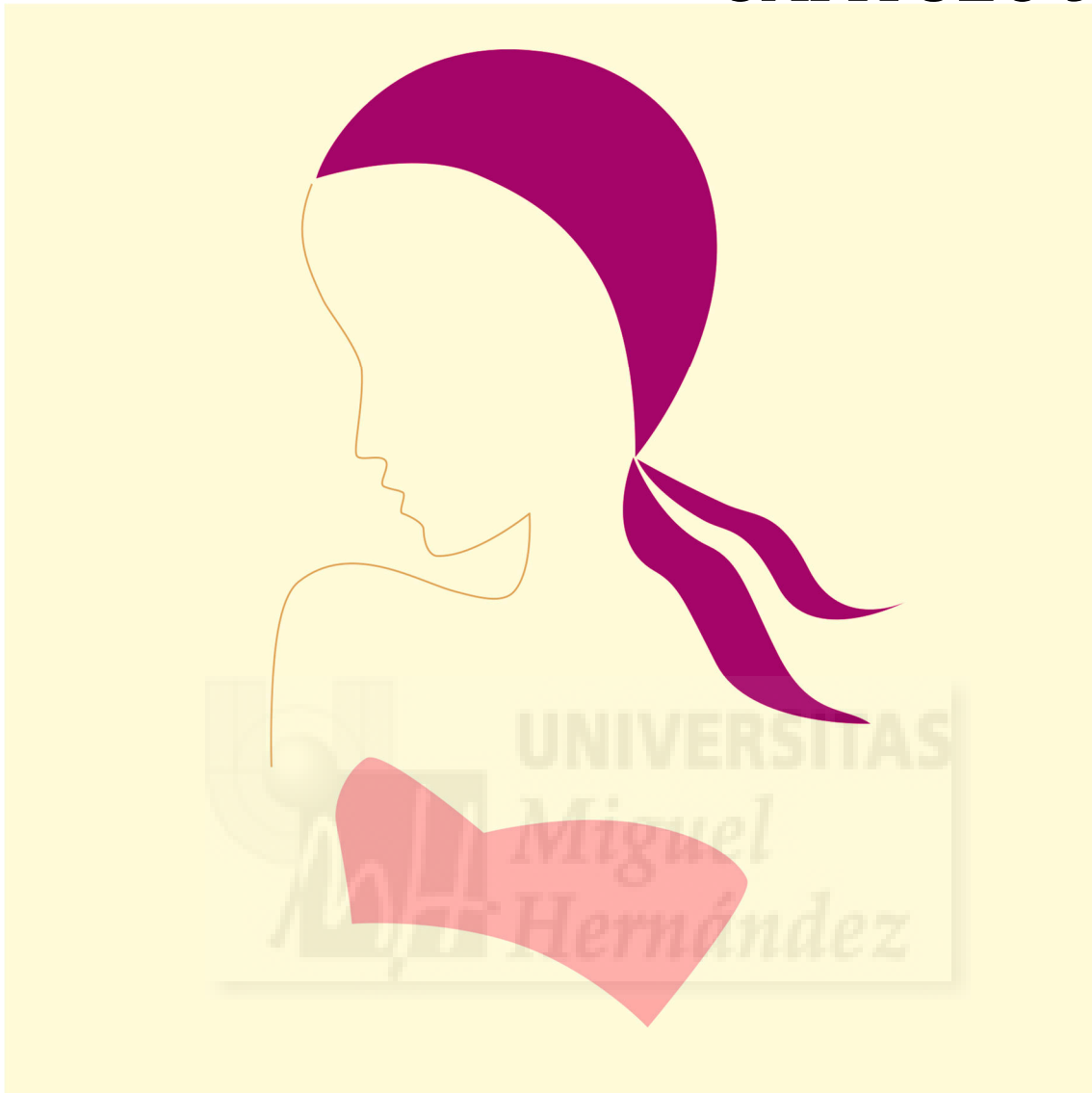
de recaída (local o a distancia) mayor: mujeres jóvenes (<40 años), mujeres con diagnóstico de tumor triple negativo y mujeres con tumores HER2+. En estos casos, puede estar indicado un seguimiento más exhaustivo, al menos durante los primeros 5 años. En el caso de las mujeres afectadas por cáncer de mama que hayan recibido un resultado positivo en el estudio genético, también estaría indicado un seguimiento exhaustivo que puede incluir algunas pruebas de control adicionales.

De forma resumida, teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente, por ejemplo, si está en tratamiento hormonal, se pueden realizar otras evaluaciones añadidas, como las revisiones ginecológicas anuales. Asimismo, los seguimientos médicos pueden incluir estrategias destinadas a promocionar hábitos de salud, como la realización de ejercicio físico o el abandono de hábitos tabáquicos y alcohólicos. La ASCO, por su parte, también incide en la educación a las mujeres afectadas en la exploración mamaria y en los síntomas de recurrencia de la enfermedad (Khatcheressian et al., 2013).

Tabla 4. Revisiones y seguimiento del cáncer de mama

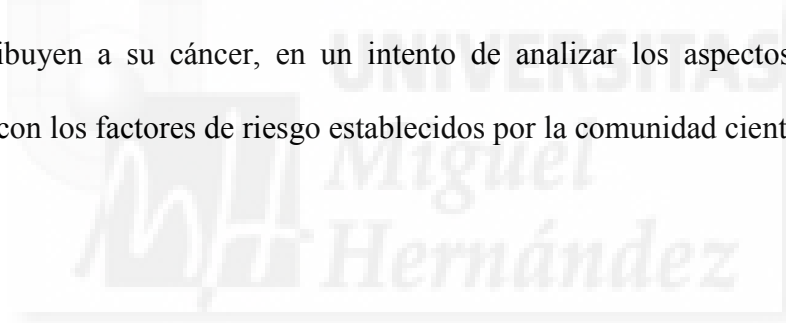
INTERVENCIÓN	PERIODICIDAD
<b>Diagnóstico de recidivas, segundos cánceres (ipsi o contralateral) de mama</b>	
Historia clínica y exploración física completa.	En cada revisión
Mamografía, bilateral o contralateral.	Anual
Ecografía/RM en mamas densas/alto riesgo de recidiva local	Anual
<b>INTERVENCIÓN</b>	
<b>PERIODICIDAD</b>	
<b>Diagnóstico y evaluación de complicaciones secundarias a los tratamientos aplicados</b>	
Inspección y evaluación del linfedema.	En cada revisión
Revisión ginecológica:	Anual
Tratamiento con tamoxifeno v útero íntegro.	
Densitometría ósea:	Bienal
Menopausia precoz (<45 años), tratamiento con inmunoterapia	

# CAPÍTULO 3



### **3. CAUSAS Y ATRIBUCIONES CAUSALES DEL CÁNCER DE MAMA**

Las investigaciones en el campo de la medicina han permitido establecer las causas de ciertas enfermedades, cuál es su evolución, cómo pueden tratarse, cuáles pueden ser factores de riesgo y cómo pueden, en general, controlarse y prevenirse. Sin embargo, y aunque los avances en este campo son notables, sobre todo en las últimas décadas, la medicina actual no dispone aún de medios suficientes para determinar con rotundidad todos los aspectos relacionados con enfermedades concretas como el cáncer (Die Trill, 2003). En este capítulo trataremos de realizar un repaso por los principales factores de riesgo identificados en el cáncer de mama, integrando las principales aportaciones hechas por la comunidad científica. Igualmente realizaremos una aproximación a la percepción que las pacientes tienen sobre las causas que atribuyen a su cáncer, en un intento de analizar los aspectos comunes y sus ponderaciones con los factores de riesgo establecidos por la comunidad científica.





### 3.1. FACTORES DE RIESGO EN EL CÁNCER DE MAMA

Actualmente se desconoce con exactitud qué causa el cáncer en una persona. Sin embargo, existe cierto consenso en afirmar que normalmente no existe una única causa, sino un grupo de factores cuyos efectos actúan conjuntamente y predisponen al él (ACS, 2016).

A lo largo de las últimas décadas se han realizado numerosas investigaciones que han permitido una mayor comprensión de la carcinogénesis. En este sentido, Croswell, Brawley y Kramer (2016) la entienden como un proceso de continuos y discretos cambios hísticos y celulares, por lo que las metas tras su comprensión irían encaminadas a detectar tempranamente el cáncer, así como a prevenirlo, identificando y manipulando los factores biológicos, ambientales y genéticos en la vía causal del mismo.

Como ha sido descrito anteriormente, el cáncer se desarrolla por la aparición de mutaciones en genes que regulan los procesos celulares normales, por lo que se puede considerar que es una enfermedad genética, en tanto que está causada por ciertos cambios en los genes que controlan la forma en que funcionan las células, incluyendo ciertas mutaciones en el ADN (Black y Cowan, 2017; NIH, 2015). Las mutaciones que conducen al cáncer afectan a dos tipos de genes: los genes mutantes que favorecen el desarrollo del cáncer reciben el nombre de *oncogenes*, mientras que los genes que inhiben la carcinogenia se denominan *genes supresores tumorales*. Los primeros son formas activadas de genes celulares normales conocidos como *protooncogenes*, cuyos productos intervienen en la regulación de numerosos aspectos de la fisiología, como la proliferación, la supervivencia y la migración de las células, procesos todos comprometidos en el proceso cancerígeno. Las mutaciones que activan los oncogenes hacen que las células pierdan el control normal que regula su actividad y adquieran ventaja en términos de crecimiento y/o supervivencia. Los segundos son genes celulares

normales cuya inactivación contribuye al desarrollo del cáncer y, al igual que los protooncogenes, intervienen en numerosos aspectos de la fisiología celular.

La adquisición de estas mutaciones es un fenómeno aleatorio en la gran mayoría de las ocasiones: pueden aparecer como consecuencia de errores en la réplica celular, por exposición a carcinógenos (como la radiación), o por defectos en la reparación del ADN (Puente y De Velasco, 2017). Hasta la fecha, algunos autores consideran que muchos cánceres, por tanto, aparecen de manera esporádica (Black y Cowan, 2017). También puede observarse cómo en algunas familias que poseen una mutación en un gen oncológico, se produce un agrupamiento de algunas neoplasias, es decir, el diagnóstico en varios de sus miembros.

En cuanto al cáncer de mama, la literatura científica identifica múltiples factores de riesgo, aunque se desconozcan con exactitud las causas de la mayoría de las mutaciones del ADN que lo originan. Los diagnósticos de tipo hereditario suponen aproximadamente entre un 5% y 10% del total (Muñoz et al., 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los factores de riesgo como “cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (OMS, 2017). En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado, por lo que no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento (Leventhal, Kelly y Leventhal, 1999). Grundy, ya en 1973 definió factor de riesgo como cualquier característica ambiental o endógena que antecede al comienzo de la enfermedad y/o se halla asociada con el deterioro de la enfermedad, sin precisar si se trata únicamente de una asociación estadística o si tiene un inequívoco carácter causal. Constituyen, por tanto, una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto

en prevención individual como en la comunidad, pudiendo ser biológicos, físicos, psicológicos o sociales (García, 1998).

En el ámbito oncológico, un gran número de autores señala que la mayor parte de las causas del cáncer, en torno al 80%, son ambientales, lo que significaría que gran parte de los cánceres podrían evitarse al ser identificados y erradicados los factores ambientales responsables (Ramos, Rivero, Piqueras, García y Oblitas, 2008). Tal afirmación se basa en los resultados arrojados por diferentes estudios epidemiológicos, que indican, por ejemplo, que la incidencia de los diferentes tipos de cáncer varía con las épocas y con las distintas zonas geográficas; que los inmigrantes desarrollan los tipos de cánceres que predominan en las zonas geográficas a las que emigran y que los animales de laboratorio desarrollan ciertos tipos de tumores cuando se manipulan ciertos factores ambientales descritos como potencialmente cancerígenos (Ramos et al., 2008).

La OMS afirma que se conocen varios de los factores de riesgo del cáncer de mama, aunque considera que para la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores específicos (OMS, 2017). Igualmente, la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria considera también que se han descrito una serie de factores de riesgo, coincidiendo en afirmar que éstos explican menos del 50% de los casos (Córdoba, García-Valdecasas y Quintana, 2015). En este sentido, la ACS trata de realizar una agrupación de los factores de riesgo para el cáncer de mama entre los que se incluyen los señalados tanto por la OMS como por la SESPM. Se considera relevante, por la relación con el objetivo general de este estudio, realizar una breve descripción de los factores de riesgo más señalados en la literatura científica. Para ello se han estructurado los siguientes apartados en las categorías a las que hacen referencias los principales organismos o estudios de referencia: factores de riesgo intrínsecos o de historia clínica, factores de riesgo relacionados con el ciclo vital y reproductivo de la mujer, factores

de riesgo relacionados con el medio ambiente o la utilización de productos y factores de riesgo relacionados con el estilo de vida.

### **3.1.1. Factores de riesgo intrínsecos o de historia clínica**

Se evidencia consenso en la comunidad científica a la hora de afirmar que existen determinados aspectos que pueden influir en el origen y desarrollo del cáncer de mama que son inherentes a la persona y, por tanto, no modificables por ella. Dichos factores están recogidos por la Sociedad Americana del Cáncer (ACS, 2016), así como por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (NIH, 2017) y por la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria SESPM (Córdoba et al., 2015), los cuales se detallan a continuación:

- Género
  - Ser mujer: el hecho de ser mujer se señala como uno de los factores de riesgo más relevantes, diagnosticándose alrededor de un 1% en hombres en relación con los diagnósticos totales.
  
- Raza
  - Las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de mama que las mujeres de raza negra, aunque éstas últimas tienen una mayor probabilidad de morir como consecuencia de este cáncer.
  
- Edad
  - Envejecimiento: las probabilidades de padecer cáncer de mama incrementan a medida que la edad de la mujer aumenta. La mayoría de los cánceres de mama

ocurren en mujeres de más de 50 años y las mujeres de más de 60 años son las que tienen el riesgo más elevado de padecerlo.

- Antecedentes y genética

- Se estima que entre un 5% y un 10% de los cánceres de mama son hereditarios, siendo la causa más común una mutación en los genes BRCA1 y BRCA2.
- Los datos parecen indicar que alrededor de 8 de cada 10 mujeres que padecen cáncer de mama no tiene antecedentes familiares de esta enfermedad, pero las mujeres que tienen parientes consanguíneos cercanos con cáncer de mama tienen un mayor riesgo.

- Historial clínico relacionado con las mamas

- Tejido denso de la mama: las mujeres con mayor tejido glandular (denso) que adiposo tienen un riesgo más elevado de padecer un tumor maligno mamario.
- Problemas en la mama: las mujeres diagnosticadas con ciertas afecciones benignas (no cancerosas), como un fibroadenoma o una hiperplasia ductal sin atipia, pueden presentar un riesgo más elevado.
- Carcinoma lobulillar in situ: haber tenido un diagnóstico de hiperplasia atípica o de carcinoma lobulillar in situ (CLIS) puede aumentar el riesgo en una mujer de desarrollar cáncer de mama.

- Radiación: las mujeres que siendo niñas o jóvenes fueron tratadas con radioterapia en el tórax para otro tipo de cáncer tienen un riesgo significativamente mayor de padecer cáncer de mama.
- Antecedente personal de cáncer de pecho: las mujeres que previamente han sido diagnosticadas y tratadas tienen un mayor riesgo de padecer un nuevo cáncer en el otro pecho o en otra parte del mismo pecho, siendo este riesgo mayor para las mujeres diagnosticadas jóvenes.



### **3.1.2. Factores de riesgo relacionados con el ciclo vital y reproductivo de la mujer**

Existen también otros factores de riesgo recogidos por el NIH (2017), la ACS (2016) y la SESPM (Córdoba et al., 2015) relacionados con los cambios hormonales consecuentes al ciclo vital, así como a decisiones relacionadas con la historia reproductiva y anticonceptiva.

- Menarquia
  - Comienzo de la menstruación: las mujeres que hayan tenido más ciclos menstruales debido a que comenzaron la menstruación a una edad temprana (antes de los 12 años) presentan un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama.
- Maternidad
  - Anticonceptivos: los estudios han reportado que las mujeres que usan anticonceptivos orales tienen un riesgo ligeramente mayor de tener cáncer de mama que aquellas mujeres que nunca los han usado. Las mujeres que actualmente utilizan inyecciones para el control de la natalidad del mismo modo parecen tener un mayor riesgo de cáncer de mama. Algunos estudios han demostrado también un vínculo entre el uso de dispositivos intrauterinos que liberan hormonas y el riesgo de cáncer de mama.
  - No tener hijos o tenerlos a una edad mayor: las mujeres que no han tenido hijos o aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen en general un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama.

- Abortos: se ha sugerido que el aborto puede tener relación con un riesgo sustancialmente aumentado de tener un tumor maligno mamario, aunque recientemente la Sociedad Americana del Cáncer afirmó que dichos estudios contaban con limitaciones metodológicas que invalidaban dichas conclusiones (ACS, 2016).
  - Dietilestilbestrol (DES): el DES es una forma sintética de estrógeno que se usó entre 1940 y 1971 para prevenir ciertas complicaciones durante el embarazo (como el aborto espontáneo). Estas mujeres tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama.
  - Lactancia: algunos estudios sugieren que la lactancia podría disminuir ligeramente el riesgo de cáncer de mama al reducir el número total de ciclos menstruales en la vida de una mujer y por tanto, reducir la exposición hormonal. Lippman (2016) indica, de hecho, que la duración de la lactancia materna se correlaciona con una reducción sustancial del riesgo, con independencia de la paridad y de la edad a la que ocurrió el primer embarazo a término.
- Menopausia
- Menopausia: las mujeres que experimentan tarde la menopausia (después de los 55 años) tienen un riesgo ligeramente mayor de padecer cáncer de mama.
  - Terapia hormonal después de la menopausia: la terapia hormonal con estrógeno (a menudo combinada con progesterona) se ha empleado durante años para ayudar a aliviar los síntomas de la menopausia y para ayudar a prevenir la osteoporosis. Existen evidencias de que el uso de terapia hormonal combinada después de la menopausia aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama.



### **3.1.3. Factores de riesgo relacionados con el medio ambiente o la utilización de productos**

En la actualidad se están realizando muchos estudios cuyo objetivo es averiguar si existe una asociación entre la exposición a ciertos compuestos del ambiente que contienen propiedades semejantes a las del estrógeno, como por ejemplo las sustancias encontradas en algunos plásticos, ciertos cosméticos, productos del cuidado personal, y pesticidas. A continuación, se señalan los recogidos por la ACS (2016) y por la SESPM (Córdoba et al., 2015).

- Desodorantes: existen conjeturas que han sugerido que las sustancias químicas que se encuentran en los desodorantes axilares son absorbidas a través de la piel, interfiriendo con la circulación linfática y causando acumulación de toxinas en la mama.
- Sujetadores: existen también conjeturas que han sugerido que algunos sostenes causan cáncer de mama al obstruir el flujo linfático. Pero no existe hasta la fecha una buena base clínica o científica.
- Implantes de pecho: los implantes de seno hechos de silicona pueden hacer que se forme tejido cicatricial en el seno. Pero no hay estudios que sugieran que este hecho aumente el riesgo de padecer cáncer de mama.

### 3.1.4. Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida

Tanto la ACS (2016) como la SESPM (Izquierdo y Sabadell, 2015; Córdoba et al., 2015) y otros autores (Panico, Bueno de Mesquita, Van Gils y Hallmans, 2015; Ortiz, Willey y Chiang, 2014; Lavinás, Lessa, Freitas, Frasinetti, Fernandes, Galvão y Carvalho, 2009; Sánchez, González, Marsán y Macías, 2006; Arbizu, 2000; Chorot y Sandín, 1994; Blanco y Navia, 1986) coinciden en afirmar que ciertos factores de riesgo del cáncer de mama están relacionados con conductas personales, tales como la alimentación y la realización de ejercicio físico u otras variables del estilo de vida menos estudiadas hasta ahora, como el estrés psicológico, hecho que también recoge el NIH (2017).

- Alimentación
  - Los estudios sobre el consumo de grasa en la alimentación y cómo afecta al riesgo de cáncer de mama han informado de resultados contradictorios. No obstante, los estudios sí han descubierto que el cáncer de mama es menos común en aquellos países cuya dieta típica tiene un bajo contenido total de grasas, bajo contenido de grasas poliinsaturadas y bajo contenido de grasas saturadas.
  
- Sobrepeso u obesidad
  - El sobrepeso o la obesidad aumentan el riesgo de cáncer de mama, especialmente en mujeres postmenopáusicas o si el aumento de peso ha ocurrido en la edad adulta.

- Consumo de alcohol

- El consumo de bebidas alcohólicas está asociado a un aumento en el riesgo de padecer cáncer de mama. El riesgo aumenta con la cantidad de alcohol consumido (las mujeres que toman de dos a cinco bebidas al día tienen alrededor de 1,5 veces más riesgo que las mujeres que no toman alcohol).

- Sedentarismo

- La evidencia actual indica que la actividad física en forma de ejercicio reduce el riesgo de cáncer de mama. En un estudio de la *Women's Health Initiative* (2003), caminar a paso ligero de una hora y cuarto a dos horas y media por semana redujo a un 18% el riesgo de cáncer mamario.

- Tabaco

- En los últimos años, las investigaciones han demostrado que fumar está relacionado con un mayor riesgo de padecer cáncer de mama, aunque de momento la evidencia no es concluyente. Un informe de la Agencia de Protección Ambiental de California concluyó en 2005 que la evidencia asociada al humo en fumadoras pasivas y el cáncer de mama es consistente, con una asociación más evidente en mujeres jóvenes, principalmente premenopáusicas.

- Trabajo

- Trabajo nocturno: algunos estudios han sugerido que las mujeres que trabajan durante la noche (como enfermeras en horario nocturno, por ejemplo) presentan un riesgo mayor de cáncer de mama.

- Estrés

- Estrés psicológico: debido a que el estrés puede contribuir a la aparición de ciertos problemas de salud al comprometer la eficacia del sistema inmune, se ha barajado la posibilidad de que el estrés psicológico pueda influir también en la aparición y desarrollo de las neoplasias.



## **3.2. ATRIBUCIONES CAUSALES DEL CÁNCER DE MAMA**

### **3.2.1. Relevancia de las atribuciones causales en las personas con cáncer**

Desde un punto de vista psicológico, las personas tratan de desarrollar una concepción ordenada y coherente de su medio y necesitan dar una explicación a los acontecimientos que les ocurren (Heider, 1958, citado en León, Páez y Díaz, 2003). Los acontecimientos inusuales, especialmente aquellos que implican cierta amenaza a la integridad personal, como el diagnóstico de una enfermedad grave, generan en las personas la necesidad de encontrarle sentido a lo que está pasando (Wong y Weiner, 1981). Ante el diagnóstico de un cáncer, esta necesidad se relaciona con la búsqueda de la razón a ese acontecimiento con el fin de tratar reducir la incertidumbre (Die Trill, 2003) y aumentar la percepción de control personal (Bárez, 2002).

Desde el punto de vista científico, la importancia que otorga la literatura a las creencias de control y a las atribuciones causales del cáncer tiene que ver con su influencia demostrada sobre la salud de las personas, debido a que estos aspectos guían los comportamientos de salud –por ejemplo, las personas que creen que no pueden prevenir el cáncer tienden a llevar una vida más sedentaria y a comer menos verdura– (Niederdeppe y Gurmankin, 2007). Además, pueden guiar la manera en que las personas llevan a cabo su proceso de comprensión y, en consecuencia, de adaptación al proceso de enfermedad (Bárez, 2002). Tanto es así, que los distintos modelos de cognición social que tratan de explicar este proceso de adaptación otorgan mucha importancia a los factores cognitivos, como las mencionadas creencias de control,

capaces de influir en determinados comportamientos y, en último término, en el bienestar de los pacientes (Neipp, López-Roig y Pastor, 2007).

Aunque estos modelos de cognición social difieren en la forma en la que definen el término control, coinciden en resaltar la importancia del mismo para intentar explicar comportamientos de salud (Neipp et al., 2007). En este sentido, en las teorías de Atribución Causal, el control hace referencia a las creencias que la persona tiene sobre las posibles causas de su enfermedad, en un intento de entender por qué ha ocurrido (Salas-Auvert, 2008). Estas creencias, llamadas *atribuciones*, son las inferencias sobre las causas de la conducta propia o ajena, o sobre la ocurrencia de un suceso inesperado, como una enfermedad, elaboradas a partir de la información que proporciona el contexto, la experiencia, o el conocimiento previo que se tenga (Sabucedo y Morales, 2015). Así pues, el constructo de Atribución Causal tiene en el presente trabajo un carácter retrospectivo, ya que se refiere a un tiempo pasado en el que se hace referencia a las creencias sobre las posibles causas que originaron la enfermedad.

Existen diferentes modelos explicativos sobre el proceso de atribución, destacando los de autores como Heider (1958), Jones y Davis (1965) y Kelley (1967) (citados en Rivera, 2015; León et al., 2003), quienes coinciden en plantear que las personas experimentan la necesidad de dar significado a los acontecimientos vitales que les suceden. Una de las aportaciones más relevantes en este sentido tiene que ver con la diferenciación entre atribuciones disposicionales o internas, y atribuciones situacionales o externas, aunque Neipp et al. (2007) encuentran tras una extensa revisión bibliográfica sobre creencias de control en cáncer que existen dos dimensiones más señaladas en otros estudios: la autculpa comportamental (atribución de eventos ocurridos debidos a la propia conducta) y la autculpa caracteriológica (influencia de aspectos estables de la persona en la aparición de eventos no deseables).

Como se ha señalado, entre los acontecimientos vitales estresantes que acontecen a las personas puede encontrarse un diagnóstico oncológico (Peuker, Armiliato, de Souza y de Castro, 2016; Kadhel, Schuster, Grossat, Janky y Ghassani, 2016; Dumalaon-Canaria, Hutchinson, Prichard y Wilson, 2014; Cano, 2005; Kelley, 1967 [citado en Taylor, Lichtman y Wood, 1984]). En este sentido, los pacientes pueden desarrollar hipótesis acerca de las causas de su enfermedad y articular creencias sobre si pueden ejercer control sobre ella o no, es decir, si pueden manejar su progresión, la posibilidad de recaída o el grado de influencia que puede ejercer el equipo médico o los tratamientos (Romero, 2011). Todos estos factores tienen repercusión en el ajuste psicológico de los pacientes ante la enfermedad, modulando aspectos tan esenciales como las estrategias de afrontamiento o la regulación emocional (Neipp, López-Roig, Terol y Pastor, 2009; Wang, Miller, Egleston, Hay, Weinberg, 2010; Oba, Takatsuka, Nagata, Nagao, Yamamoto, Shibuya, Kashiki y Shimizu, 2008; Salas-Auvert, 2008; León et al., 2003; Bárez, 2002; Wong y Weiner, 1981).

Adicionalmente, otra de las razones para otorgar relevancia a las atribuciones causales sobre el cáncer se justifica por el hecho de que su comprensión y manejo puede ayudar a la Salud Pública a crear programas de información sobre los factores de riesgo y desarrollar así protocolos de prevención y promoción de la salud más eficaces (Romero, 2011; OMS, 2007).

Resulta interesante describir también las posibles relaciones entre las atribuciones causales en el cáncer de mama y las variables relativas a la adaptación a la enfermedad. En este sentido, Die Trill (2003) señala que una de las principales funciones que ejercen las atribuciones causales en el caso de cáncer se relaciona con la disminución de la incertidumbre ante el origen del diagnóstico y, en consecuencia, con la disminución del nivel de ansiedad. En la misma línea, Kadhel et al. (2006) afirman que las personas que se enfrentan a un evento vital tratan de encontrar una explicación para dotar de significado a esa experiencia.

Por otro lado, algunos estudios coinciden en afirmar que aquellas personas que atribuyen su diagnóstico oncológico a factores internos, como el comportamiento, experimentan estados emocionales negativos, como mayor nivel de depresión y de autculpa, y una peor calidad de vida en comparación con aquellos enfermos que hacen atribuciones causales externas de su diagnóstico (Dumalaon-Canaria et al., 2014; Ho, Chan, Yau y Yeung, 2011; Friedman, Romero, Elledge, Chang, Kalidas, Dulay, Lynch y Osborne, 2007; Taylor et al., 1984).

Por último, Ho et al. (2011) encontraron en su estudio que la tendencia a explicar los eventos vitales negativos como externos puede reducir la angustia psicológica en pacientes con cáncer, pero hace poco probable que aumente el nivel de autopercepción de los cambios positivos después del diagnóstico y tratamiento del cáncer, disminuyendo así la percepción de crecimiento postraumático.





### 3.2.2. Atribuciones causales y factores de riesgo en cáncer de mama

Un interesante trabajo llevado a cabo por Dumalaon-Canaria, Hutchinson, Prichard y Wilson (2014) tuvo como objetivo realizar una revisión bibliográfica sistemática de todos los estudios científicos publicados entre los años 1982 y 2012, que habían analizado las atribuciones causales del cáncer de mama en pacientes diagnosticadas de esta enfermedad. Sirviéndose de las bases de datos Web of Knowledge, MedLine y PsycInfo, compararon además dichas atribuciones con los factores de riesgo identificados por la comunidad científica con el fin de determinar el nivel de concordancia.

Tras su revisión, las autoras concluyeron que las creencias sobre las causas del cáncer de mama en las mujeres afectadas no siempre coinciden con las causas reportadas por los expertos, y realizaron una clasificación por categorías de las principales causas del cáncer de mama señaladas por las pacientes en los diferentes estudios. Estas categorías fueron: atribuciones biológicas, atribuciones ambientales, atribuciones relacionadas con la historia reproductiva, con la lactancia materna y con el consumo de hormonas, atribuciones relacionadas con el estilo de vida y atribuciones causales identificadas por las mujeres afectadas, pero no validadas por expertos. En todas ellas se encontraron estudios que emplearon tanto metodología como cuantitativa.

A continuación, se indican con más detalles las atribuciones que se engloban en cada categoría:

- a) **Atribuciones biológicas:** Dentro de esta categoría las autoras englobaron aquellas atribuciones relacionadas con aspectos orgánicos, como pueden

ser la historia familiar/genética, la edad, las condiciones de la mama (densidad, antecedentes de lesiones mamarias benignas, mastitis, implantes de silicona o nódulos benignos), peso y otros factores demográficos (nivel socioeconómico y raza). En la revisión, las autoras encontraron que en 15 de los 24 estudios analizados las pacientes señalaban esta categoría como posible causa del cáncer.

b) **Atribuciones ambientales:** En esta categoría englobaron las atribuciones ligadas a factores de riesgo ambiental, como la exposición a pesticidas, contaminación en el aire, exposición a sustancias químicas, peligros en el lugar de trabajo, radiación, y exposición pasiva al humo del tabaco.

c) **Atribuciones relacionadas con la historia reproductiva, con la lactancia materna y con el consumo de hormonas:** En esta categoría englobaron las atribuciones relacionadas con cuestiones como una menarquia precoz, la decisión de posponer o de no tener hijos, la edad de la menopausia, la ausencia de lactancia materna, la acumulación de leche en la mama tras dar a luz, el uso de píldoras anticonceptivas, el uso de terapia hormonal sustitutiva o la combinación de varios de estos factores.

d) **Atribuciones relacionadas con el estilo de vida:** Dentro de esta categoría englobaron las atribuciones relacionadas con aspectos como la actividad física, la dieta, la talla corporal (en concreto, aumento de peso en la edad adulta y grasa

en la zona abdominal), consumo de alcohol y estilo de vida en general (sin especificar causas concretas).

e) **Atribuciones causales identificadas por las afectadas, pero no validadas por expertos:** En esta categoría englobaron las atribuciones reflejadas por las mujeres afectadas por cáncer de mama que no han sido avaladas por expertos en la materia. En concreto, los estudios reflejan como causa el estrés, la personalidad, influencias existenciales (como el destino o los deseos de Dios), golpes en el pasado, gérmenes o virus contagiosos. Tras la revisión, las autoras encontraron que en 21 de los 24 estudios analizados las pacientes hacían referencia a algunos de los factores englobados en esta categoría como causantes del cáncer de mama. En concreto en 15 de los 21 estudios se hacía referencia al estrés como causa del diagnóstico y en uno más se señalaban “causas psicológicas”, situándose el estrés a la cabeza de causas del cáncer de mama en 5 de esos estudios.

f) **Orígenes desconocidos:** las autoras señalan en su artículo que, a pesar de la accesibilidad de la información, en 11 de los estudios incluidos en la revisión, algunas pacientes respondieron no saber la causa de su cáncer cuando fueron preguntadas.

Como puede apreciarse en la Tabla 5, esta clasificación mantiene cierta correspondencia con los factores de riesgo señalados en el apartado anterior de esta investigación. Sin embargo, destacamos tal y como puede apreciarse, que el estrés no se encuentra recogido en los factores de riesgo validados por la comunidad científica, aunque sí es señalado por las afectadas en cuanto a las atribuciones causales del cáncer, recogándose en la última categoría.

Tabla 5. Correspondencia entre factores de riesgo y atribuciones causales

FACTORES DE RIESGO	CATEGORÍA DE ATRIB. CAUSALES
Intrínsecos o de H <sup>a</sup> clínica	Biológicas
Medio ambiente y utilización de productos	Ambientales
Relacionados con el ciclo vital y reproductivo de la mujer	Relacionadas con la H <sup>a</sup> reproductiva, con la lactancia materna y con el consumo de hormonas
Estilo de vida	Relacionadas con el estilo de vida
-	Identificadas por las pacientes, pero no validadas científicamente

### **3.2.3. Actualización de las investigaciones sobre atribuciones causales en mujeres con cáncer de mama**

Con el objetivo de realizar una aproximación a la investigación actual sobre las atribuciones causales en el cáncer de mama, y tomando como referencia el trabajo de Dumalaon-Canaria et al. (2014), se efectuó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PsycInfo y MedLine sin restricción de fecha, utilizando como palabras clave “*Causal Attributions*” AND “*BreastCancer*”.

Los criterios de inclusión que se establecieron fueron:

- Estudios publicados en inglés, castellano o italiano
- Metodología cuantitativa y cualitativa
- Muestras de mujeres, de cualquier nacionalidad y edad, con cáncer de mama
- Estudios que analizan las atribuciones causales del cáncer de mama en las afectadas.

Fueron excluidos editoriales, comentarios de opinión, disertaciones o estudios no publicados.

Las referencias fueron revisadas en dos pasos. En primer lugar, los títulos y resúmenes de todas las referencias identificadas en la búsqueda (51 en total) fueron analizadas aplicando los criterios de inclusión/exclusión descritos. En este primer paso, los criterios obligaron a descartar 44 referencias: 4 estudios se descartaron por estar escritos en idiomas distintos a los seleccionados; 22 referencias se descartaron porque no emplearon en la muestra mujeres diagnosticadas de cáncer de mama; 13 trabajos fueron descartados porque no relacionaban atribuciones causales con cáncer de mama específicamente.

Otras 5 referencias se encontraron por duplicado al cruzar las búsquedas en ambas bases de datos. En la *Figura 3* se encuentra representado el proceso de este primer paso.

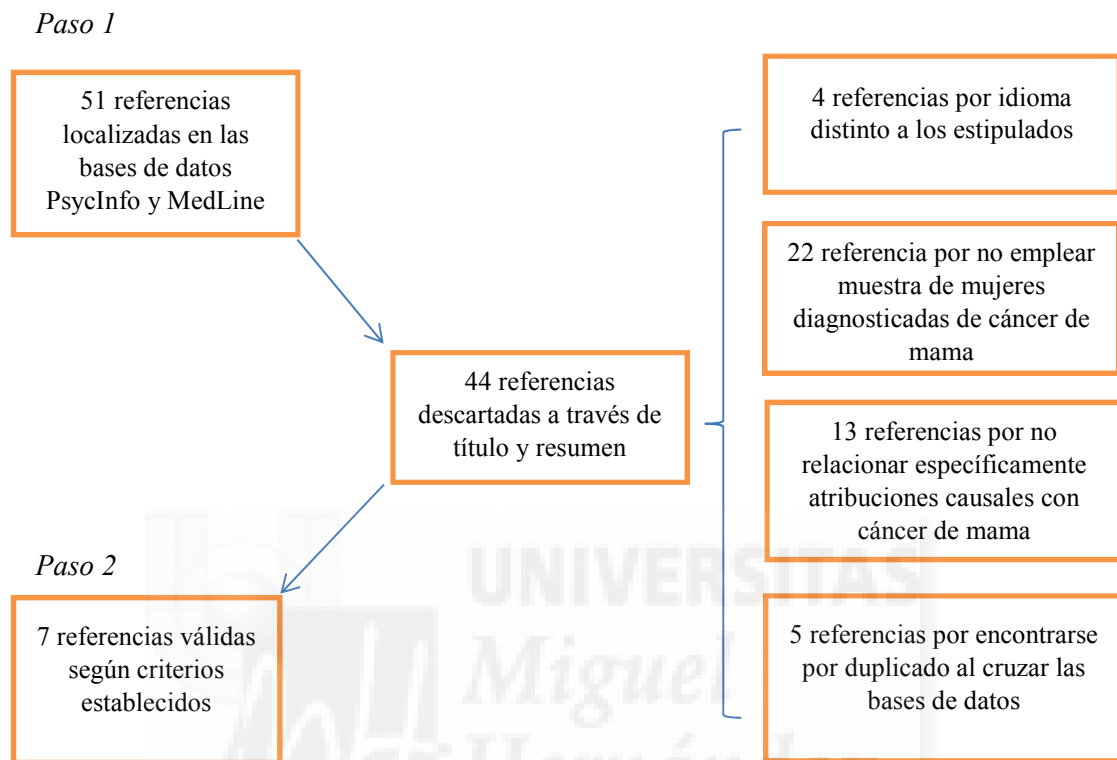


Figura 3. Proceso de revisión bibliográfica sobre atribuciones causales en cáncer de mama.

El segundo paso se centró en revisar detalladamente los 7 trabajos resultantes. De estos 7 artículos, 6 eran estudios empíricos y 1 se correspondía con la revisión bibliográfica de Dumalaon-Canaria et al. (2014) que ya ha sido comentada en el apartado anterior. Por tanto, la actualización de las investigaciones sobre atribuciones causales en pacientes con cáncer de mama se realizó sobre 6 estudios empíricos, cuyas principales características y conclusiones quedan reflejadas en la Tabla 6, que se presenta a continuación.

Tabla 6. Trabajos empíricos sobre atribuciones causales en pacientes con cáncer de mama

REFERENCIA	MUESTRA DE ESTUDIO	INSTRUMENTO ATRIBUCIONES CAUSALES CÁNCER	OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS	PRINCIPALES CONCLUSIONES SOBRE ATRIB. CAUSALES
Timko, Janoff-Bulman (EE. UU, 1985).	42 mujeres con cáncer de mama	Un ítem cerrado sobre la atribución externa y un ítem sobre atribución interna <sup>2</sup>	Vulnerabilidad al cáncer y vulnerabilidad a la recurrencia <sup>3</sup>	El <b>azar</b> fue la atribución causal más señalada por la muestra en cuanto a atribución externa. El aspecto físico fue señalado como la atribución causal de más peso en cuanto a la interna.
Oba, Takatsuka, Nagata, Nagao, Yamamoto, Shibuya, Kashiki, Shimizu (Japón, 2008)	63 mujeres con cáncer de mama	Un ítem sobre si se ha planteado las causas del cáncer Un ítem en el que proporciona un listado de causas y riesgos asociado al cáncer de mama y selecciona aquellos que considera asociados al él	Salud General (GHQ-28) Depresión (CES-D)	El 60% sí se habían planteado las causas de su cáncer de mama. El 70% atribuyeron su cáncer de mama al <b>estrés</b> .
Thomson, Heyworth, Girschik, Slevin, Saunders, Fritschi (Australia, 2014)	1205 mujeres con cáncer de mama	Pregunta abierta “¿Qué cree usted que ha causado su cáncer de mama?”	Percepción del riesgo de cáncer (RPQ)	Las atribuciones más comunes en las mujeres con cáncer de mama fueron <b>factores emocionales</b> , especialmente el <b>estrés</b> , seguido por el estilo de vida y los factores fisiológicos especialmente en relación con la historia hormonal.

<sup>2</sup> Un ítem sobre atribución a: otras personas, medio ambiente y azar. Otro ítem sobre: grado en que la persona pensaba que su cáncer se debía a su aspecto físico, a su personalidad y a su comportamiento pasado.

<sup>3</sup> Se preguntó en qué grado la muestra consideraba que podía haber evitado el cáncer y el grado en que pensaba que podía evitar la recurrencia.

REFERENCIA	MUESTRA DE ESTUDIO	INSTRUMENTO ATRIBUCIONES CAUSALES CÁNCER	OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS	PRINCIPALES CONCLUSIONES SOBRE ATRIB. CAUSALES
González, Jung-Won, Letzkus, Flores, Allen, Castañeda, Talavera (EEUU, 2015).	41 mujeres con cáncer de mama inmigrantes	Entrevista semi estructurada <i>ad hoc</i> <sup>4</sup>	Conductas de salud (ítems <i>ad hoc</i> )	Se identificaron tres causas principales sobre el cáncer de mama: el <b>estrés</b> , la dieta y el fatalismo. Dentro de estrés, surgieron tres subtemas: el estrés por la aculturación, el estrés familiar y el estrés por el estilo de vida.
Kadhel, Schuster, Grossat, Janky, Ghassani (Francia, 2016).	115 mujeres con cáncer de mama	3 ítems <i>ad hoc</i> : Un ítem sobre factores de riesgo Dos ítems sobre relación entre factores de riesgo y atribuciones causales <sup>5</sup>	Fuentes de información sobre el cáncer de mama (ítems <i>ad hoc</i> )	Las atribuciones causales más señaladas fueron el <b>estrés</b> , las causas genéticas y la alimentación inadecuada.
Dumalaon-Canaria, Prichard, Hutchinson, Wilson (Australia, 2016)	314 mujeres con cáncer de mama	Listado <i>ad hoc</i> sobre atribuciones causales	Bienestar psicológico (PGWB) Preocupación sobre la recurrencia del cáncer (CARS) Optimismo (Life Orientation Test)	El <b>estrés</b> , seguido del destino/mala suerte y el envejecimiento fueron las atribuciones causales más señaladas por la muestra

<sup>4</sup> Algunos ítems incluían preguntas como: “¿Cómo cree que su origen étnico o cultural ha influido en la aparición de su cáncer?” o “¿Qué creencias existen en general sobre el origen del cáncer de mama?”

<sup>5</sup> Un ítem preguntó sobre el grado de acuerdo respecto a una lista de los factores de riesgo más señalados científicamente para el cáncer de mama, permitiéndose respuestas espontáneas no reflejadas en ella. Otro ítem preguntó el grado de asociación de esos factores de riesgo con el cáncer de mama en general y con su caso concreto. El tercer ítem preguntó específicamente por: radiación, contaminación, situación económica personal, vida privada e infecciones.



Como puede observarse en la Tabla 6, tres de los estudios empíricos analizados hacen un uso combinado de metodología cuantitativa y metodología cualitativa, a través de entrevistas e ítems elaborados *ad hoc* (Oba et al., 2008; Thomson, Heyworth, Girschik, Slevin, Saunders y Fritschi, 2014; Dumalaon-Canaria, Prichard, Hutchinson y Wilson, 2016). Los otros tres estudios emplean metodología cualitativa exclusivamente, formulando preguntas *ad hoc* sobre las causas del cáncer de mama, permitiendo así las respuestas abiertas (Timko, Janoff-Bulman, 1985; González, Jung-Won, Letzkus, Flores, Allen, Castañeda y Talavera, 2015; Kadhel, Schuster, Grossat y Janky, Ghassani, 2016).

Asimismo, encontramos que los estudios proceden de diferentes países, por lo que aglutinan muestras de mujeres de distintas nacionalidades como la estadounidense (González et al., 2015; Timko, Janoff-Bulman, 1985), la japonesa (Oba et al., 2008), la australiana (Dumalaon-Canaria et al., 2016; Thomson et al., 2014), la francesa (Kadhel et al., 2016) o de inmigrantes residentes en EE.UU.

En cuanto a los resultados, cinco de las seis referencias indican entre sus principales conclusiones sobre las atribuciones causales del cáncer de mama que el estrés se señala como principal causa entre las mujeres diagnosticadas (Oba et al., 2008; Thomson et al., 2014; González et al., 2015; Kadhel et al., 2016; Dumalaon-Canaria et al., 2016). Al estrés le siguen como atribuciones causales otros factores como el azar o el destino (Dumalaon-Canaria et al., 2016; Timko y Janoff-Bulman, 1985), una alimentación inadecuada (Kadhel et al., 2016), factores hormonales (Thomson et al., 2014) o el envejecimiento (Dumalaon-Canaria et al., 2016).

Es reseñable el trabajo llevado a cabo por Thomson et al. (2014) que realiza en la investigación una comparación con mujeres sanas, encontrando ciertas diferencias en las atribuciones causales señaladas entre las mujeres con y sin diagnóstico de cáncer de mama. En

concreto, las mujeres sin diagnóstico achacan la aparición del cáncer mamario a factores hereditarios o del estilo de vida, es decir, más acordes con los factores de riesgo señalados por la comunidad científica, mientras que las atribuciones más comunes en las mujeres con cáncer de mama fueron factores emocionales, especialmente el estrés, seguidos por el estilo de vida.

Finalmente comentar que relacionando estos datos con la revisión bibliográfica de Dumalaon-Canaria et al. (2014), se puede destacar el consenso en afirmar que las mujeres afectadas por cáncer de mama no siempre coinciden en señalar como causas de su cáncer los mismos factores que señala la comunidad científica, destacando el acentuado papel otorgado por las pacientes al estrés y a otros factores emocionales, como problemas familiares o pérdidas de seres queridos (Dumalaon-Canaria et al., 2016; Kadhel et al., 2016; Dumalaon-Canaria et al., 2014; Thomson et al., 2014).



## CAPÍTULO 4



#### **4. ESTRÉS, ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES Y CÁNCER DE MAMA**

El estrés y su impacto psicológico y físico sobre la salud es objeto de investigación desde hace décadas (Taylor, 2007; Sandín, 2003). Tanto el propio concepto de estrés como su evaluación han sufrido importantes transformaciones, pasando a conformar un fenómeno de implicaciones psicológicas que resulta peligroso para la salud (Cantú y Álvarez, 2009). De hecho, son cada vez más los estudios que indican que el estrés está hoy en día en la base, desarrollo y/o evolución de algunas de las enfermedades más comunes del mundo occidental (Sánchez et al., 2006).

Este capítulo se estructura en tres apartados. El primero de ellos aborda la evolución del concepto de estrés, el segundo recoge las valoraciones psicológicas del mismo en cuanto a factores externos e internos y el tercero ahonda en las implicaciones del estrés en el cáncer en general y en el cáncer de mama de forma específica.

#### 4.1. Evolución del Concepto de Estrés

Etimológicamente, *estrés* es la castellanización del término sajón *stress*, cuyo significado es *tensión*. Sin embargo, debido a la complejidad del término y a sus múltiples transformaciones, la concepción actual del estrés dista mucho de ser un concepto sencillo y manejable.

En términos orgánicos, el estrés se refiere a la activación fisiológica que se produce en un organismo vivo cuando necesita adaptarse a una nueva situación y fue empleado por primera vez en el ámbito científico por Cannon en 1911. En sus primeras definiciones, el estrés se comprende como una respuesta adaptativa porque predispone al organismo, a través de una serie de cambios fisiológicos y cognitivos, a preservar su integridad frente a las amenazas o demandas que se producen en el entorno (Cannon, 1911, citado en González de Rivera, 1994). Existe de hecho el planteamiento que asegura que una cierta cantidad de estrés permite enfrentar con efectividad algunos desafíos importantes, suministrando la excitación y la energía necesarias (Sánchez et al., 2006). A día de hoy este concepto se conoce con el término “eustrés” y se define como una respuesta de afrontamiento que permite al organismo adaptarse y sobrevivir. No obstante, en algunas circunstancias esta herramienta de supervivencia puede volverse perjudicial, especialmente cuando se activa de forma generalizada, dejando de ser adaptativa y provocando desgaste en el organismo (Arias, 2012).

En este sentido, cabe mencionar como una de las primeras contribuciones para la investigación del estrés la descripción de Cannon (1932) de la llamada respuesta de “lucha o huida”, entendida como la reacción de un organismo al percibir amenaza y que supone la activación de los sistemas simpático y endocrino para atacarla o huir de ella (citado en Taylor, 2007). Así pues, para Cannon, el estrés era el estímulo capaz de desencadenar dicha reacción y aplicó el término a los factores del medio que exigen esfuerzos inusuales de los mecanismos

que garantizan la homeostasis o equilibrio interno de los organismos (González de Rivera, 1994).

El concepto de estrés fue recogido y desarrollado por Hans Selye unos años más tarde. Para Selye, el estrés es una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor (Selye, 1956; 1976; 1985, citado en Gil Roales-Nieto, 2004). En su obra “The Stress of Life” (traducido al castellano en 1960 como “La tensión en la vida”), Selye describe con mucho detalle el proceso experimental que le condujo a formular el término en sí. Su concepción del estrés le llevó a afirmar que, desde el punto de vista médico, podía entenderse como el “precio del desgaste del organismo”, fenómeno experimentado sintomáticamente como sensación de cansancio, nerviosismo o malestar, entendiendo que, en un principio, el estrés es un fenómeno absolutamente natural, fruto del intento de adaptación de un organismo a su medio. Al investigar qué ocurre cuando la situación de estrés se prolonga, Selye descubrió que la “respuesta de lucha o huida” es sólo la primera de una secuencia de reacciones fisiológicas (alarma, resistencia y agotamiento) que pasó a denominar *Síndrome General de Adaptación* (SGA) y que suponía la supresión de la respuesta inmunológica (Gil Roales-Nieto, 2004; Brannon y Feist, 2001; Blanco y Navia, 1986; Morera y González de Rivera, 1983).

A pesar de que el modelo de Selye proporcionó una teoría general de las reacciones del organismo ante una amplia variedad de estresores, fueron las aportaciones posteriores las que incluyeron la valoración psicológica de los acontecimientos estresores.

## 4.2. Valoraciones psicológicas en el concepto de estrés

Uno de los primeros autores que incluyó la valoración psicológica en el concepto de estrés fue Engel en 1962. Engel definió el concepto de “*estrés psicológico*” como cualquier proceso originado tanto en el ambiente exterior como interior de la persona, que exige un sobreesfuerzo y cuyo manejo requiere la activación de los mecanismos de defensa (Morera y González de Rivera, 1983).

Sin embargo, la formulación más amplia sobre la implicación de las valoraciones psicológicas en el concepto del estrés llegó en la década de los 80 con Lazarus y Folkman y el *Modelo Transaccional del Estrés* (Lazarus y Folkman, 1984, citado en Taylor, 2007; Lazarus, 2000). Este modelo presenta el concepto de estrés como el resultado de la “transacción” entre persona y ambiente, es decir, como el resultado de la valoración e interpretación de los acontecimientos que la persona experimenta. En palabras de los propios autores, el estrés psicológico es una “relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986). Siguiendo este modelo, dicha valoración se conoce con el nombre de *evaluación cognitiva*, siendo un proceso mental mediante el cual se valoran dos aspectos: por una parte, si las exigencias de la situación amenazan nuestro bienestar y, en segundo lugar, los recursos de los que se dispone para hacer frente a esa demanda. La evaluación del primer factor se denomina *evaluación primaria*; y la del segundo factor, *evaluación secundaria* (Lazarus, 2000). La primera puede entonces definirse como la evaluación mediante la cual la persona juzga el significado de una transacción específica con respecto a su bienestar; la segunda como la evaluación mediante la cual la persona valora sus recursos y opciones de afrontamiento del estresor. Según este modelo, esa segunda valoración es fundamental cuando hay una evaluación primaria de *daño/pérdida, amenaza o desafío* e incluye la valoración de recursos físicos,

sociales, psicológicos y materiales. De forma generalizada, las evaluaciones de daño/pérdida y amenaza suelen caracterizarse por su asociación con emociones negativas, tales como el miedo, la ira o el resentimiento, mientras que la evaluación de un acontecimiento como desafiante se caracteriza por emociones placenteras, tales como la excitación, la impaciencia, el ansia o la ilusión (Lazarus, 2000). Por lo tanto, la novedad en esta concepción está en entender el estrés como un proceso, no como un estado, poniendo énfasis en la idea de abordar el estrés como resultado de la interacción en la que los sucesos externos serán percibidos como amenazantes o no en función de la propia capacidad evaluada para controlar sus consecuencias (Amigo, 2012).

Este enfoque ha continuado vigente en la actualidad con las aportaciones de otros autores, destacando especialmente a Sandín (1999) y su desarrollo del *Modelo Procesual del Estrés* (citado en Tobón, Vinaccia y Sandín, 2004), que ya desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, describe la relación entre el estrés y la salud a partir de siete etapas interdependientes: demandas psicosociales, evaluación cognitiva, respuesta de estrés, estrategias de afrontamiento, variables sociales, variables disposicionales y estatus de salud.

Al margen de los modelos teóricos descritos, otra aportación interesante es la realizada por González de Rivera (1991) y su formulación de los *factores de estrés*, clasificándolos en tres categorías: externos, internos y moduladores. Los factores externos hacen referencia a las variables del ambiente susceptibles de alterar el equilibrio del medio interno o sobrecargar los mecanismos de regulación homeostática del organismo. Dentro de esta categoría se engloban los acontecimientos vitales, tal y como se objetivan en la escala de Holmes y Rahe (1967) (González de Rivera, Morera y Monterrey, 1989). Por otra parte, los factores internos de estrés están constituidos por las variables propias de la persona y se relacionan directamente con las respuestas de estrés y con la adaptación, defensa y neutralización de los factores externos de estrés. Dentro de esta categoría, González de Rivera et al. (1989) señalan la Reactividad al



Estrés, cuantificada mediante el Índice de Reactividad al Estrés. Por último, los factores moduladores estarían constituidos por variables tanto del medio como del individuo que modifican la interacción entre factores externos e internos. Dentro de esta categoría se encontrarían variables como el apoyo social y los estados afectivos.

En concreto, el presente trabajo pone el foco de atención en los factores externos e internos, ya que en los factores moduladores la investigación es mayor en tanto que se ha realizado desde los modelos valorativos antes mencionados.

#### **4.2.1. Factores Externos de Estrés: Acontecimientos Vitales Estresantes**

Los Factores Externos de Estrés se corresponden con lo que en 1951 Meyer adoptó en su modelo psicopatológico como acontecimientos vitales, proponiendo un análisis de la biografía de las personas para descubrir la relación entre dichos acontecimientos y la aparición de trastornos físicos y psíquicos (González de Rivera, 2001). En esta línea, los primeros intentos de estudio experimental fueron realizados por Holmes y Rahe en 1967, quienes aportaban datos de la incidencia que los sucesos vitales estresantes tenían sobre la salud (Holmes y Rahe, 1967; González de Rivera, 2001). Estos autores iniciaron una línea de investigación muy fructífera que consiguió cuantificar el potencial estresante de diversos sucesos vitales y que culminó con la creación de la Escala de Reajuste Social (Holmes y Rahe, 1967), que establece un baremo relativo al desajuste, medido en Unidades de Cambio Vital (UCV) que producen en la vida de las personas los Acontecimientos Vitales Estresantes que experimentan.

Aunque existen ciertas críticas al trabajo de Holmes y Rahe (Rabkin y Struening, 1976), las conclusiones de los trabajos relacionando elevadas puntuaciones de desajuste (Unidades de Cambio Vital) con aparición de estados patológicos, son suficientemente importantes como para reconocer que existe un efecto de los sucesos vitales en la predisposición a enfermar (Suárez, 2010; González de Rivera, 2001; Brannon y Feist, 2001; González de Rivera, 1991; Secín, 1984). Tanto es así, que el estudio de los Acontecimientos Vitales Estresantes ha generado mucha literatura, arrojando distintas formas de denominarlos.

Los Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) pueden definirse como “un fenómeno económico, social, psicológico o familiar brusco, que produce desadaptación social o distrés psicológico, siendo la enfermedad el resultado del fracaso del individuo en la adaptación al estrés” (Suárez, 2010). Esos fenómenos exceden o dañan las capacidades psicológicas o biológicas del individuo, e incluyen acontecimientos traumáticos agudos, como abuso sexual, o acontecimientos crónicos como el estrés crónico, o una enfermedad crónica individual o familiar (Jiménez, Menéndez e Hidalgo, 2008). Suárez (2010) recoge dos clasificaciones. La primera de ellas clasifica los acontecimientos vitales en: dependientes del ambiente físico (desastres), dependientes de la estructura social (cambios en las condiciones económicas y sociales), o derivados de acontecimientos conflictivos (ámbito de las relaciones interpersonales o familiares) y la segunda lo hace en función del tipo de evento (físico, sociocultural, educativo, económico, laboral, personal e interpersonal).

#### 4.2.2. Factores Internos de Estrés: Índice de Reactividad al Estrés

El concepto de Reactividad al Estrés en el campo de la psicología adquiere un valor destacado en cuanto que forma parte de los factores internos de estrés, entendiéndose como una forma consistente y estable de reaccionar ante situaciones desfavorables (Morera y González de Rivera, 1983; González de Rivera et al., 1989; González de Rivera, 1991; Monterrey, González de Rivera, de las Cuevas y Fernández-Pulido, 1991). En este sentido, la *reactividad al estrés* se define como el conjunto de pautas habituales de respuesta vegetativa, emocional, cognitiva y conductual, ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables, creándose en 1990 el Índice de Reactividad al Estrés (IRE), en un intento de establecer una medida de la forma de reaccionar habitual y peculiar de las personas ante situaciones de estresantes (González de Rivera, 1991). Este índice se compone de cuatro factores: el *IRE Vegetativo*, que comprende signos y síntomas como disnea, palpitaciones, taquicardia, pérdida de apetito, dificultad para dormir, mayor necesidad de dormir, náuseas, mareos, molestias digestivas, cansancio, micción frecuente, diarrea, aumento/disminución del interés sexual, cefaleas y parestesia; el *IRE Emocional*, que comprende respuestas de depresión, tristeza, entusiasmo, aprensión, ansiedad, temores, angustia y agresividad e irritabilidad; el *IRE cognitivo*, que comprende respuestas como pensar en otra cosa, olvidar el problema, intentar razonar la situación, culpar a alguien o a algo, necesidad de estar solo/necesidad de estar acompañado y reírse de la situación; y el *IRE Conductual/Comportamental*, que comprende respuestas de aumento/disminución de la actividad, rascarse o morderse las uñas, beber, fumar o tomar algo, comprobar repetidamente que todo está bien, inquietud y temblores, tics o espasmos.

Con el propósito de acercarnos a los estudios que emplean el Índice de Reactividad al Estrés como instrumento para cuantificar este constructo, se realizó una búsqueda en las bases de datos PsycInfo y MedLine con las palabras clave “IRE” y “*Stress Reactivity Index*”, sin limitación temporal. La búsqueda arrojó siete estudios, dos en inglés y cinco en castellano. Uno de ellos se encontró por duplicado al cruzar los resultados de ambas bases de datos. De las seis referencias resultantes, cinco de ellas eran estudios empíricos y uno de ellos una revisión sobre la evaluación de la Reactividad al Estrés como variable de estudio. En este trabajo de revisión realizado por Rodríguez Abuín (2001) se concluye que la cuantificación de la Reactividad al Estrés a través del cuestionario Índice de Reactividad al Estrés es útil tanto en la población general como en poblaciones clínicas, constituyendo un factor de vulnerabilidad a la patología psiquiátrica y somática.

Con respecto a los cinco trabajos empíricos, en la Tabla 7A se recogen a modo de resumen las principales aportaciones de cada uno de ellos.

Tabla 7A. Trabajos empíricos sobre Reactividad al Estrés e IRE

REFERENCIA	MUESTRA DE ESTUDIO	INSTRUMENTO PARA MEDIR LA REACTIVIDAD AL ESTRÉS	OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS	PRINCIPALES CONCLUSIONES SOBRE EL IRE/REACTIVIDAD AL ESTRÉS
Morera, Fernández, Valenciano Gracia, Henry  (España, 1990).	84 estudiantes de medicina	IRE-32		La reactividad al Estrés es un factor individual que modula las respuestas de estrés.  No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.
Monterrey, González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez-Pulido  (España, 1991)	29 estudiantes	IRE-32		El IRE es un buen instrumento para la evaluación del patrón individual de reacción ante situaciones estresantes.  Las mujeres presentaron una media más alta en la Reactividad al Estrés
Benítez, de las Cuevas, González de Rivera, Gracia, Frugoni, Morales.  (España, 1992)	48 enfermos de una unidad de psiquiatría	IRE-32		El Índice de Reactividad al Estrés en población psiquiátrica fue mayor que en sujetos sanos de otros estudios

REFERENCIA	MUESTRA DE ESTUDIO	INSTRUMENTO PARA MEDIR LA REACTIVIDAD AL ESTRÉS	OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS	PRINCIPALES CONCLUSIONES SOBRE EL IRE/REACTIVIDAD AL ESTRÉS
González-Pinto, Ortiz, Castillo, Zupiria, Ylla, González de Rivera  (España, 1997)	193 estudiantes de medicina	IRE-32	Estrategias de afrentamiento  (Escala de Afrontamiento de Lazarus y Folkman)  Ajuste social  (Escala de Ajuste social de Weissman)	El IRE vegetativo y el IRE emocional correlacionaron con la evitación conductual  El IRE emocional correlacionó con el bajo ajuste social
Gassull, Casanova, Botey, Amador  (España, 2010)	447 profesores	IRE-32	Problemas de voz  (Voice Handicap Index)	El IRE correlaciona con los problemas de voz en la muestra de estudio.

### 4.3. ESTRÉS Y ENFERMEDAD

El estudio de las relaciones entre estrés y enfermedad no es reciente. Tal y como se ha descrito en líneas anteriores, el concepto de estrés de Selye ya incluía la supresión de la respuesta inmunológica (Brannon y Feist, 2001), pero se sabe desde la época de Galeno que las emociones afectan la salud del individuo (Moscoso, 2009). A raíz del desarrollo del Modelo Biopsicosocial de Engel (1977) se ha consolidado el planteamiento de que muchos de los factores mediadores y moderadores entre la mente y el cuerpo, incluyendo la interacción social, contribuyen a la preservación de la salud o al deterioro de ésta (Ray, 2004). Por ejemplo, una situación estresante que altere uno de los sistemas del funcionamiento humano afecta a los demás debido a las múltiples conexiones mente-cuerpo (Moscoso, 2009).

Así, en la actualidad, existen múltiples evidencias que sugieren diversas interacciones entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico, así como varias vías mediante las cuales el estrés puede provocar enfermedades debido a que cualquiera de estos sistemas puede desencadenar una patología (Brannon y Feist, 2001). Éste y otros planteamientos relacionados son el objeto de estudio de uno de los campos científicos más fructíferos en nuestros días, la psiconeuroinmunología, cuyos inicios se remontan a 1964. La psiconeuroinmunología se dedica a la investigación de los mecanismos de interacción entre el cerebro y los sistemas mantenedores de la homeostasis del organismo, es decir, el sistema nervioso, inmunológico y neuroendocrino, así como de sus implicaciones clínicas (Salomon, 1998 citado en Ramos et al., 2008). Es en este campo donde más estudios se han llevado a cabo para analizar las relaciones existentes entre diversos estresores, tanto agudos como crónicos y el funcionamiento alterado del sistema inmunológico, que podría dar lugar al desarrollo de enfermedades, entre ellas el cáncer (Brannon y Feist, 2001).

En este apartado del trabajo se realiza una descripción de las principales conclusiones extraídas de la literatura acerca de las implicaciones que el estrés tiene sobre el cáncer en general, para realizar después una aproximación más específica al cáncer de mama.

#### **4.3.1. Estrés y cáncer**

Existen numerosas reseñas científicas en las que se hace alusión a la relación entre estrés y cáncer. Cooper, en la obra “Estrés y cáncer” (1986), hace alusión a las diferentes investigaciones a lo largo de la historia que pusieron atención al posible vínculo entre estrés y cáncer, destacando varios trabajos. Por un lado, las investigaciones de Paget en 1870, quien afirmó que la frecuencia de casos en los que la “ansiedad profunda” y “el desengaño” eran tan rápidamente seguidos por el desarrollo y aumento del cáncer que difícilmente se podía dudar del vínculo, junto con otros factores. Snow en 1893 afirmó observar que la enfermedad maligna de mama y de útero se seguían inmediatamente a una emoción de carácter depresivo en una frecuencia de casos tan alta que no consideraban que pudiera atribuirse al azar. En 1926 Evans señaló en su obra “Un estudio psicosocial del cáncer”, que una de las causas principales del cáncer era la pérdida de un motivo de amor o de una relación importante. También los trabajos de Foque de 1931 otorgaron un papel importante a las “emociones tristes como activadoras y causas secundarias en la activación de los cánceres en humanos”. En la misma línea, los trabajos de Kissen en 1969, concluyeron que los acontecimientos adversos de la vida y la pérdida de un motivo de amor podían conducir al cáncer por los mecanismos psicológicos de “desaliento, depresión y desesperanza”, sobre todo en aquellas personas con “peores salidas emocionales”. Cooper (1986) también hace alusión con especial interés a los eventos de la vida y su relación



con el cáncer, destacándose el importante papel de la Escala de valoración de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967). Sin embargo, las primeras investigaciones en esta línea se produjeron unos años antes, con los trabajos de Le Shan (1959) y Muslin y cols. (1966).

Le Shan (1959) concluyó que “lo más consistentemente observado como factor psicológico relevante había sido la pérdida de una relación emocional mayor con anterioridad a los primeros síntomas de neoplasia”; y Muslin y cols. (1966) observaron en una interesante investigación con mujeres que iban a someterse a una biopsia de mama, que las personas finalmente diagnosticadas presentaban “una pérdida permanente de un pariente de primer grado, u otra persona, que la paciente específicamente señaló como emocionalmente importante”. Otras aportaciones destacadas fueron las de Smith y Sebastian (1976), quienes observaron que habían ocurrido acontecimientos emocionales significativamente más frecuentes e intensos, antes del diagnóstico, entre los enfermos de cáncer que en un grupo comparativo.

Paralelamente, Secín afirmó en 1984 que “las experiencias tempranas de separación y pérdida preceden el inicio de varias neoplasias, entre las que se encuentran el cáncer cérvico-uterino, leucemias y linfomas”.

Molina de González (2000) describe igualmente las evidencias que demuestran que el estrés disminuye la actividad antitumoral del sistema inmune (por ejemplo, en la disminución de las células *Natural Killers* o en la afectación de los linfocitos T), así como la asociación entre los factores psicosociales (por ejemplo, acontecimientos vitales estresantes, depresión o ciertas características de personalidad) y el inicio y progresión del cáncer encontradas en la literatura médica.

Sánchez et al. (2006) afirman que “un evento estresante puede incrementar la vulnerabilidad del organismo a ciertas enfermedades debido a un efecto inmunosupresor, que

se manifiesta fundamentalmente en aquellas patologías vinculadas directamente con los mecanismos inmunológicos [...] como las neoplasias”.

#### **4.3.2. Estrés y cáncer de mama**

Duijtd, Zeegers y Borne (2003), realizaron una revisión bibliográfica de los trabajos publicados entre 1966 y 2002 sobre las relaciones entre los acontecimientos vitales estresantes y el riesgo de padecer cáncer de mama, concluyendo que los resultados no podían confirmar una asociación general entre los acontecimientos vitales estresantes y el riesgo de cáncer de mama, aunque sí identificaron tres categorías de acontecimientos vitales estresantes relevantes: “eventos vitales estresantes”, “muerte del cónyuge” y “muerte de un pariente o amigo”, aunque sólo la segunda mostró una asociación modesta con el riesgo de cáncer de mama.

Con objeto de acercarnos a través de esta investigación a los estudios que analizan las relaciones entre los acontecimientos vitales estresantes y el riesgo de cáncer de mama y actualizar los datos arrojados por el trabajo de Duijts et al. (2003), se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PsycInfo y MedLine utilizando como palabras clave “Stress” “LifeEvents” y “BreastCancerRisk”, restringiéndose la búsqueda a los últimos 10 años (2007-2016). En cuanto a criterios de inclusión/exclusión, la búsqueda se limitó a estudios publicados en inglés, castellano o italiano, tanto con metodología cuantitativa como cualitativa y con mujeres de cualquier nacionalidad y edad con cáncer de mama. Necesariamente, los estudios incluidos en la revisión debían hacer referencia al estudio de las relaciones entre acontecimientos vitales estresantes y riesgo de cáncer de mama. Fueron excluidos editoriales,

comentarios de opinión, disertaciones o estudios no publicados, abarcando por tanto artículos publicados en revistas científicas y tesis doctorales.

Los trabajos fueron revisados en dos pasos, tal y como muestra la *Figura 4*. En primer lugar, los títulos y resúmenes de todas las referencias identificadas en la búsqueda, setenta y cuatro en total, fueron analizadas aplicando los criterios de inclusión/exclusión antes mencionados. En este primer paso, los criterios obligaron a descartar cuarenta y cuatro trabajos debido a que no relacionaban acontecimientos vitales con pacientes de cáncer de mama o se centraban en el estudio del impacto del diagnóstico del cáncer de mama como acontecimiento vital estresante o estudiaban cómo mejorar la percepción de estrés en supervivientes, sin estudiar acontecimientos vitales antes del diagnóstico oncológico. Otras seis referencias se encontraron por duplicado al cruzar las búsquedas en ambas bases de datos por lo que también fueron descartadas.

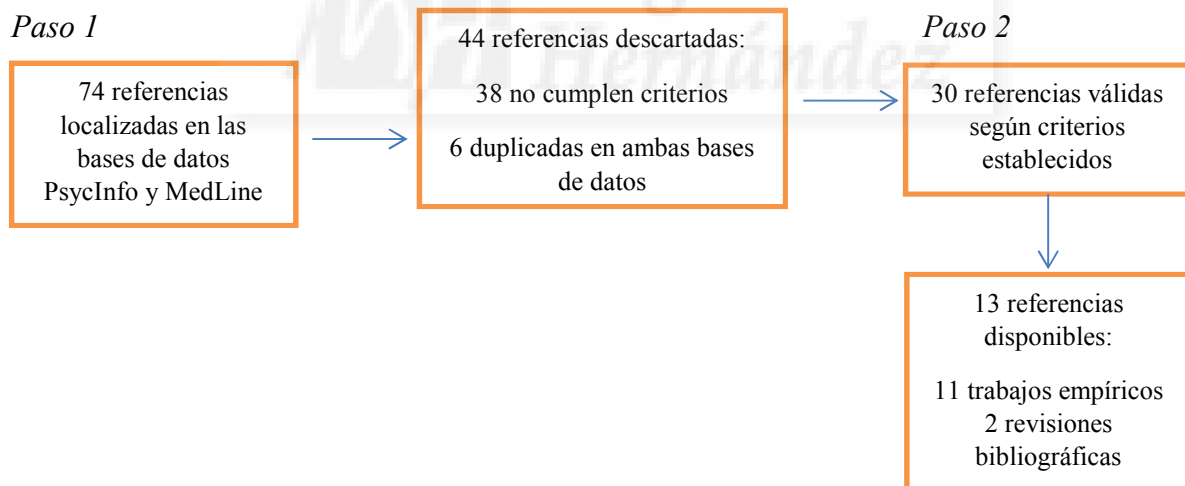


Figura 4. Proceso de revisión bibliográfica sobre estrés y cáncer de mama.

El segundo paso se centró en revisar detalladamente los treinta trabajos resultantes, recogiendo sólo aquellos que mostraban texto completo en las bases de datos. Esto redujo la lista de referencias a trece. De los trece trabajos analizados, dos eran revisiones bibliográficas y once eran trabajos empíricos.

Con respecto a las revisiones bibliográficas, la primera de ellas (Lin, Wang, Zhong, Huang, Peng, Shan, Wang, Sun, 2013) tuvo como objetivo evaluar la relación entre los acontecimientos difíciles de la vida y la incidencia primaria de cáncer de mama en las mujeres, analizando 307 trabajos publicados entre enero de 1995 y abril de 2012 de los que se seleccionaron siete estudios de caso-control. Estos autores señalan el hallazgo de evidencia significativa de asociación positiva entre los acontecimientos difíciles de la vida y la incidencia primaria de cáncer de mama en las mujeres de la muestra. La segunda revisión (Santos, Horta, Amaral, Fernandes, Galvão, Fernandes, 2009) tuvo como objetivo verificar la asociación entre los eventos estresantes de la vida y la incidencia primaria de cáncer de mama en mujeres, analizando 618 trabajos publicados entre 1982 y 2007, de los que se seleccionaron seis estudios de caso-control. Entre sus conclusiones se destaca que no es posible descartar el estrés de alta intensidad como riesgo para el cáncer mamario.

En cuanto a los trabajos empíricos resultantes de la búsqueda bibliográfica, la Tabla 7B recoge a modo de resumen las principales aportaciones de cada uno de ellos.

Como puede observarse, de ellas se destaca el uso combinado de metodología cuantitativa, a través del uso de cuestionarios y escalas estandarizadas, con metodología cualitativa, a través de entrevistas e ítems elaborados *ad hoc*. Asimismo, encontramos estudios de diferentes países que aglutinan amplias muestras de mujeres de distintas nacionalidades (británicas, iraníes, italianas, bosnias, estadounidenses, israelíes y españolas). En concreto, siete de las once referencias describen en sus conclusiones principales evidencia de relación entre la

experiencia de estrés y/o la vivencia de acontecimientos vitales estresantes y el riesgo de cáncer de mama (Korda-Vidić, Vasilj y Babić, 2015; Faravelli, Fioravanti, Casale, Paciello, Miraglia, Raineri, Fei, Amunni y Rotella, 2012; Michael, Carlson, Chlebowski, Aickin, Weihs, Ockene, Bowen y Ritenbaugh, 2009; Krickler, Price, Butow, Goumas, Armes y Armstrong, 2009; Peled, Carmil, Siboni-Samocho y Shoham-Vardi, 2008; Palesh, Butler, Koopman, Giese-Davis, Carlson y Spiegel, 2007; Chorot y Sandín, 1994).

De los cuatro estudios restantes, dos descartan por completo evidencia de relación entre la experiencia de estrés y/o la vivencia de acontecimientos vitales estresantes y el riesgo de cáncer de mama (Schoemaker, Jones, Wright, Griffin, McFadden, Ashworth y Swerdlow, 2016; Ginzburg, Wensch, Rice, Farren y Spiegel, 2008), mientras que otros dos estudios no encuentran evidencias de asociación entre la experiencia de estrés y/o la vivencia de acontecimientos vitales estresantes y el riesgo de cáncer de mama aunque matizan que no es posible descartarla por completo (Fallah, Akbari, Azargashb y Khayamzadeh, 2016; Renzi, Vadilonga, Gandini, Perinel, Rotmensz, Didier, Rescigno y Pravettoni, 2016).

Tabla 7B. Trabajos empíricos sobre estrés, acontecimientos vitales y riesgo de cáncer de mama

REFERENCIA	MUESTRA DE ESTUDIO	INSTRUMENTO ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES	OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS	PRINCIPALES CONCLUSIONES
Schoemaker, Jones, Wright, Griffin, McFadden, Ashworth, Swerdlow (GB, 2016)	104217 mujeres sin cáncer de mama 1783 con cáncer de mama	Cuestionario elaborado <i>ad hoc</i> sobre acontecimientos vitales (se preguntó si los sujetos sentían que habían estado experimentando estrés en los últimos 5 años, y también se preguntó si en los últimos 5 años habían experimentado determinados acontecimientos <sup>6</sup>		No hubo diferencias en cuanto a la frecuencia autoinformada de estrés y la experiencia de eventos vitales.
Fallah, Akbari, Azargashb, Khayamzadeh (Irán, 2016)	640 mujeres con lesiones benignas en la mama 410 mujeres con cáncer de mama	Escala Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967) y una lista de acontecimientos vitales intensos extraído anteriormente de entrevistas a 40 mujeres con cáncer de mama <sup>7</sup> , indicando tiempo entre evento vital y diagnóstico.		No hubo asociación entre la experiencia de eventos vitales estresantes y la incidencia de cáncer de mama. En cuanto a las asociaciones entre cada uno de los eventos y la incidencia de cáncer de mama sólo "graves problemas interpersonales con el cónyuge" fue significativa.

<sup>6</sup> Muerte de un esposo o pareja a largo plazo; Muerte de un niño, padre u otro pariente cercano; Muerte de un amigo cercano; Divorcio o separación; Enfermedad personal grave o lesión; Pérdida de un trabajo; O otro evento de la vida que encontraron muy estresante

<sup>7</sup> Muerte de un ser querido, los principales problemas de salud, la salud de los seres queridos, problemas importantes con un cónyuge, el divorcio, los principales problemas relacionados con los niños, graves problemas de comunicación con la familia o amigos, importantes problemas profesionales, graves problemas financieros, problemas y eventos inesperados que cambian la vida

REFERENCIA	MUESTRA DE ESTUDIO	INSTRUMENTO ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES	OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS	PRINCIPALES CONCLUSIONES
Renzi, Vadilonga, Gandini, Perinel, Rotmensz, Didier, Rescigno, Pravettoni (Italia, 2016)	123 mujeres con cáncer de mama	Versión italiana de la Entrevista para eventos vitales recientes (Interview for Recent Life Eventsscale <sup>8</sup> )	Vinculación con los padres a través del <i>Parental Bonding Instrument</i> (PBI)	Aunque el estrés sentimental puede no causar cáncer por sí mismo, existe evidencia de que podría influir en los procesos celulares que facilitan el crecimiento celular maligno
Korda-Vidić, Vasilj, Babić (Bosnia-Herzegovina, 2015)	100 mujeres sin cáncer de mama y 100 mujeres con cáncer de mama	Versión bosnia del Cuestionario de Trauma de Harvard (HTQ)	Cuestionario elaborado ad hoc sobre factores de riesgo de cáncer de mama	Las mujeres que sufrían cáncer de mama habían experimentado más estrés por eventos significativamente traumáticos que las mujeres del grupo control
Faravelli, Fioravanti, Casale, Paciello, MiragliaRaineri, Fei, Amunni, Rotella (Italia, 2012).	104 mujeres sin cáncer, 29 con cáncer de mama, 49 con cáncer de endometrio y 30 con cáncer de ovario	Eventos Vitales en los 15 primeros años de vida (encuesta semiestructurada elaborada <i>ad hoc</i> ) <sup>9</sup>		Un historial de eventos vitales estresantes tempranos se asocia con mayor riesgo para el desarrollo del cáncer femenino.

<sup>8</sup> La escala evalúa diez áreas (trabajo, educación, problemas financieros, salud, duelo, emigración, vida sentimental, asuntos legales, relaciones de familia y relaciones maritales). Se pidió a los pacientes que indicaran cuántas veces en su vida experimentaron cada evento, el año en que ocurrió el evento y clasificar su impacto.

<sup>9</sup> Muerte o separación de la madre, muerte o separación del padre, muerte de cualquier otro pariente con el que se convive, enfermedad grave en la infancia, abusos físicos y sexuales.

REFERENCIA	MUESTRA DE ESTUDIO	INSTRUMENTO ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES	OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS	PRINCIPALES CONCLUSIONES
Michael, Carlson, Chlebowski, Aickin, Weihs, Ockene, Bowen, Ritenbaugh (EEUU, 2009).	84,334 mujeres sanas inicialmente, siendo diagnosticadas en los siguientes siete años 2,481 de ellas	Inventario de eventos de vida <i>ad hoc</i> <sup>10</sup>	Apoyo social (nueve ítems seleccionados del cuestionario del Medical Outcomes Study)	Los eventos vitales estresantes y el apoyo social pueden interactuar en relación con el riesgo de cáncer de mama, aunque se necesita más investigación para determinar el tipo de relación.
Kricker, Price, Butow, Goumas, Armes, Armstrong (Australia, 2009)	1459 mujeres con cáncer de mama	Acontecimientos Vitales en el año previo al diagnóstico (cuestionario <i>ad hoc</i> basado en la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe)	Apoyo social	El estrés crónico puede afectar al riesgo de padecer un cáncer de mama, aunque no se encontró evidencia de que mayores niveles de estrés se asociaran con la recaída del cáncer mamario.
Peled, Carmil, Siboni-Samocho Shoham-Vardi (Israel, 2008).	367 mujeres sin cáncer de mama y 255 mujeres con cáncer de mama	Cuestionario de Eventos Vitales	Depresión con Cuestionario Breve de Síntomas (BSI)	Un análisis multivariado sugirió que la exposición a más de un evento vital se asocia positivamente con cáncer de mama.

<sup>10</sup> Muerte del cónyuge, enfermedad grave del cónyuge, muerte de un amigo cercano, problemas importantes con el dinero, ruptura sentimental o divorcio, divorcio de amigo cercano, conflicto importante con hijos o nietos, pérdida de trabajo, abuso físico, abuso verbal y muerte de animal doméstico. Adicionalmente se les solicitó a las participantes que indicaran el grado de malestar percibido en cada acontecimiento.



REFERENCIA	MUESTRA DE ESTUDIO	INSTRUMENTO ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES	OTRAS VARIABLES ESTUDIADAS	PRINCIPALES CONCLUSIONES
Ginzburg, Wrench, Rice, Farren, Spiegel (EEUU, 2008)	305 mujeres sin cáncer de mama 300 mujeres con cáncer de mama	Eventos vitales estresantes tempranos (escala de 24 eventos vitales estresantes en los 6 primeros años de vida)	Apoyo social (Escala de Apoyo Familiar) Bienestar (Escala sobre entorno familiar)	Ambos grupos informaron de experiencias similares de la niñez.
Palesh, Butler, Koopman, Giese-Davis, Carlson, Spiegel (EEUU, 2007).	94 mujeres con cáncer de mama	Eventos vitales traumáticos y/o estresantes (PTSD)		Un historial de eventos estresantes o traumáticos en la vida puede reducir la resistencia al crecimiento tumoral. Posible efecto duradero del estrés en los sistemas de respuesta inmune, disminuyendo su eficacia.
Chorot, Sandín (España, 1994)	72 personas sin diagnóstico 37 pacientes con cáncer de mama 37 paciente con infarto 35 pacientes con ansiedad	Eventos vitales (Cuestionario de Sucesos Vitales)	Índice de Reactividad al Estrés (IRE-32)	El grupo de pacientes con cáncer se asoció fuertemente a eventos de pérdida y enfermedad

En definitiva, y a raíz de los resultados de estos trabajos, se observan numerosas evidencias de relación entre acontecimientos vitales estresantes y cáncer de mama, aunque la diversidad de resultados encontrados pone de relieve la necesidad de continuar investigando en esta línea.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS

PARTE EMPÍRICA

*MH*  
Miguel  
Hernández

# CAPÍTULO 5



## 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Poniendo estos datos en relación con las evidencias señaladas en los capítulos anteriores y en adición con la experiencia clínica reportada, este trabajo nace bajo la inquietud de ampliar el conocimiento sobre la relación entre la vivencia de estrés y el cáncer de mama, abarcando otros aspectos fundamentales en las mujeres afectadas, como su atribución causal con respecto a la enfermedad, su estado emocional actual y el crecimiento postraumático que han podido desarrollar a partir del diagnóstico.

Por lo tanto, el **objetivo general** de este trabajo es describir las atribuciones causales, los factores de estrés y la adaptación a la enfermedad de las mujeres con cáncer de mama, así como analizar las diferencias y relaciones entre las variables de estudio.

Este objetivo general se desglosa en **dieciocho objetivos específicos**, que se agrupan para una mejor organización del presente apartado en cinco epígrafes. Los tres primeros se centran en describir y analizar los tres grandes grupos de variables de estudio: las atribuciones causales, los factores de estrés internos (índices de reactividad al estrés) y externos (acontecimientos vitales), así como los factores de adaptación (ansiedad, depresión y crecimiento postraumático). El epígrafe cuarto recoge los objetivos específicos relativos a las relaciones de las atribuciones causales con los factores de estrés y de adaptación. Finalmente, el quinto epígrafe recoge los objetivos específicos relativos a las relaciones entre los factores de estrés y de adaptación al cáncer de mama.

Dado que es un estudio exploratorio sólo se elaboran hipótesis en los objetivos que analizan las relaciones entre las diferentes variables.

## **5.1. OBJETIVOS RELATIVOS A LAS ATRIBUCIONES CAUSALES SOBRE EL CÁNCER DE MAMA**

A continuación, se describen los objetivos relacionados con el primer grupo de variables estudiadas en esta investigación: las *Atribuciones Causales*, es decir, las inferencias personales que hacen las mujeres diagnosticadas que conforman la muestra sobre el origen de su diagnóstico oncológico. Se plantean en este sentido tres objetivos específicos:

### **Objetivo específico 1:**

→ Describir las Atribuciones Causales que las pacientes hacen de su cáncer de mama en función del tipo de atribución.

### **Objetivo específico 2:**

→ Describir las Atribuciones Causales que las mujeres hacen de su cáncer de mama en función del grado de certeza al que atribuyen la causa de su cáncer.

### **Objetivo específico 3:**

→ Describir el grado de certeza sobre las Atribuciones Causales de su cáncer de mama en función del tipo de atribución que hacen las mujeres.

## 5.2. OBJETIVOS RELATIVOS A LOS FACTORES DE ESTRÉS

A continuación, se describen los objetivos relacionados con el segundo grupo de variables estudiadas en esta investigación: los *Acontecimientos Vitales Estresantes* experimentados por las mujeres diagnosticadas y su patrón personal de reacción ante el estrés, es decir, el *Índice de Reactividad al Estrés*. Así se plantean cuatro objetivos específicos:

### **Objetivo específico 4:**

→ Describir los cinco Acontecimientos Vitales más Negativos experimentados a lo largo de la vida referidos por las mujeres con cáncer de mama

### **Objetivo específico 5:**

→ Describir los Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico de las mujeres con cáncer de mama.

### **Objetivo específico 6:**

→ Describir los índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como Global de las mujeres con cáncer de mama.

### **Objetivo específico 7:**

→ Estudiar las relaciones de los Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico con los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como Global.

- Hipótesis 7A: el *Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes* experimentados en los dos años previos al diagnóstico se relacionará positiva y significativamente con los *Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual*, así como *Global*.
- Hipótesis 7B: las *Unidades de Cambio Vital* de los dos años previos al diagnóstico se relacionarán positiva y significativamente con los *Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual*, así como *Global*.



### 5.3. OBJETIVOS RELATIVOS A LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA

A continuación, se describen los objetivos relacionados con el tercer grupo de variables estudiadas en esta investigación, que tienen que ver con el *Estado Emocional* y el *Crecimiento Postraumático* de las mujeres diagnosticadas que conforman la muestra. Así se plantean los siguientes objetivos específicos:

#### **Objetivo específico 8:**

→ Describir el Estado Emocional en términos de Ansiedad y Depresión en las mujeres con cáncer de mama.

#### **Objetivo específico 9:**

→ Describir los niveles de Cambio en la Apreciación de la Vida, de Cambio en la Relación con los Demás, de Cambio en la Fuerza Personal y de Cambio Espiritual y Religioso, así como el Crecimiento Postraumático Global a raíz del diagnóstico de cáncer de mama.

#### **Objetivo específico 10:**

→ Estudiar las relaciones entre el *Estado Emocional* y el *Crecimiento Postraumático* de las mujeres con cáncer de mama

- Hipótesis 10A: el nivel de *Cambio en la Apreciación de la Vida* se relacionará negativa y significativamente con el nivel de *Ansiedad* de las mujeres con cáncer de mama.

- Hipótesis 10B: el nivel de *Cambio en la Relación con los Demás* se relacionará negativa y significativamente con el nivel de *Ansiedad* de las mujeres con cáncer de mama.
- Hipótesis 10C: el nivel de *Cambio en la Fuerza Personal* se relacionará negativa y significativamente con el nivel de *Ansiedad* de las mujeres con cáncer de mama.
- Hipótesis 10D: el nivel de *Cambio Espiritual y Religioso* se relacionará negativa y significativamente con el nivel de *Ansiedad* de las mujeres con cáncer de mama.
- Hipótesis 10E: el *Crecimiento Postraumático Global* se relacionará negativa y significativamente con el nivel de *Ansiedad* de las mujeres con cáncer de mama.
- Hipótesis 10F: el nivel de *Cambio en la Apreciación de la Vida* se relacionará negativa y significativamente con el nivel de *Depresión* de las mujeres con cáncer de mama.
- Hipótesis 10G: el nivel de *Cambio en la Relación con los Demás* se relacionará negativa y significativamente con el nivel de *Depresión* de las mujeres con cáncer de mama.
- Hipótesis 10H: el nivel de *Cambio en la Fuerza Personal* se relacionará negativa y significativamente con el nivel de *Depresión* de las mujeres con cáncer de mama.

- Hipótesis 10I: el nivel de *Cambio Espiritual y Religioso* se relacionará negativa y significativamente con el nivel de *Depresión* de las mujeres con cáncer de mama.
- Hipótesis 10J: el *Crecimiento Postraumático Global* se relacionará negativa y significativamente con el nivel de *Depresión* de las mujeres con cáncer de mama.



## 5.4. OBJETIVOS RELATIVOS A LAS RELACIONES DE LAS ATRIBUCIONES CAUSALES CON LOS FACTORES DE ESTRÉS Y CON LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA

### 5.4.1. Relaciones de las Atribuciones Causales con los Factores de Estrés

A continuación, se describen los objetivos en los que se relacionan las variables de las *Atribuciones Causales* del cáncer de mama, con las variables de *Factores de Estrés*.

Se plantean los siguientes objetivos específicos:

#### Objetivo específico 11:

→ Estudiar si existen diferencias en las *Atribuciones Causales* que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama en función de los *Acontecimientos Vitales Estresantes* vividos en los dos años previos al diagnóstico.

- Hipótesis 11A: existirán diferencias estadísticamente significativas en el *Tipo de Atribución Causal* que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama en función del *Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes* vividos en los dos años previos al diagnóstico
- Hipótesis 11B: existirán diferencias estadísticamente significativas en el *Tipo de Atribución Causal* que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama en función de las *Unidades de Cambio Vital* de los dos años previos al diagnóstico.

- Hipótesis 11C: existirán diferencias estadísticamente significativas en el *Grado de Certeza de la Atribución Causal* sobre su cáncer de mama en función del *Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes* vividos en los dos años previos al diagnóstico.
- Hipótesis 11D: existirán diferencias estadísticamente significativas en el *Grado de Certeza de la Atribución Causal* sobre su cáncer de mama en función de las *Unidades de Cambio Vital* de los dos años previos al diagnóstico.

**Objetivo específico 12:**

→ Estudiar si existen diferencias en el Índice de Reactividad al Estrés en función de las Atribuciones Causales que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama.

- Hipótesis 12A: existirán diferencias estadísticamente significativas en el *Índice de Reactividad al Estrés Global* en función del *Tipo de Atribución Causal* que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama.
- Hipótesis 12B: existirán diferencias estadísticamente significativas en el *Índice de Reactividad al Estrés Global* en función del *Grado de Certeza de la Atribución Causal* que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama.

#### 5.4.2. Relaciones de las Atribuciones Causales con la Adaptación al Cáncer de Mama

A continuación, se describen los objetivos en los que se relacionan las variables de *Atribuciones Causales* del cáncer de mama, con las variables del *Estado Emocional* y del *Crecimiento Postraumático*. Se plantean dos objetivos específicos:

##### Objetivo específico 13:

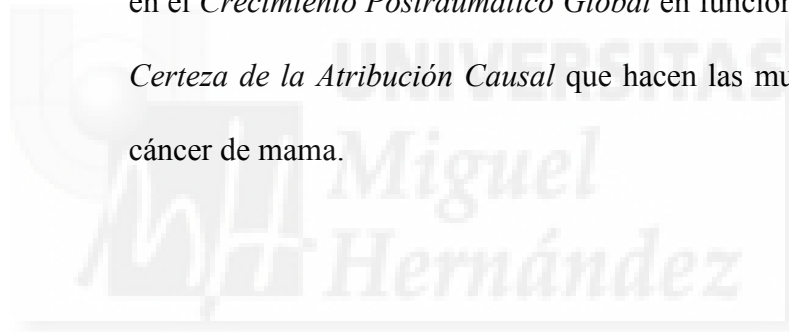
→ Estudiar si existen diferencias en el Estado Emocional de las mujeres en función de las Atribuciones Causales que hacen sobre su cáncer de mama.

- Hipótesis 13A: existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de *Ansiedad* en función del *Tipo de Atribución Causal* que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama.
- Hipótesis 13B: existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de *Ansiedad* en función del *Grado de Certeza de la Atribución Causal* que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama.
- Hipótesis 13C: existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de *Depresión* en función del *Tipo de Atribución Causal* que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama.
- Hipótesis 13D: existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de *Depresión* en función del *Grado de Certeza de la Atribución Causal* que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama.

#### **Objetivo específico 14:**

→ Estudiar si existen diferencias en Crecimiento Postraumático en función de las Atribuciones Causales que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama.

- Hipótesis 14A: existirán diferencias estadísticamente significativas en el *Crecimiento Postraumático Global* en función del *Tipo de Atribución Causal* que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama.
  
- Hipótesis 14B: existirán diferencias estadísticamente significativas en el *Crecimiento Postraumático Global* en función del *Grado de Certeza de la Atribución Causal* que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama.



## 5.5. OBJETIVOS RELATIVOS A LAS RELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE ESTRÉS Y LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA

### 5.5.1. Relaciones entre los Factores de Estrés y el Estado Emocional

A continuación, se describen los objetivos en los que se relacionan los *Factores Externos e Internos de Estrés* con las variables del *Estado Emocional*. Se plantean los siguientes objetivos específicos:

#### Objetivo específico 15:

→ Estudiar las relaciones de los Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico con el Estado Emocional.

- Hipótesis 15A: el *Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes* experimentados en los dos años previos al diagnóstico se relacionará positiva y significativamente con el nivel de *Ansiedad* de las mujeres con cáncer de mama.
- Hipótesis 15B: las *Unidades de Cambio Vital* vividas en los dos años previos al diagnóstico se relacionarán positiva y significativamente con el nivel de *Ansiedad* de las mujeres con cáncer de mama.
- Hipótesis 15C: el *Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes* experimentados en los dos años previos al diagnóstico



se relacionará positiva y significativamente con el nivel de *Depresión*.

- Hipótesis 15D: las *Unidades de Cambio Vital* vividas en los dos años previos al diagnóstico se relacionarán positiva y significativamente con el nivel de *Depresión* de las mujeres con cáncer de mama.

#### **Objetivo específico 16:**

→ Estudiar las relaciones de los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como global, con el Estado Emocional de las mujeres con cáncer de mama.

- Hipótesis 16A: el nivel de *Ansiedad* de las mujeres con cáncer de mama se relacionará positiva y significativamente con los *Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual*, así como *Global*.
- Hipótesis 16B: el nivel de *Depresión* de las mujeres con cáncer de mama se relacionará positiva y significativamente con los *Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual*, así como *Global*.

### 5.5.2. Relaciones entre los Factores de Estrés y el Crecimiento Postraumático

A continuación, se describen los objetivos en los que se relacionan los *Factores Externos e Internos de Estrés* con las variables del *Crecimiento Postraumático*. Se plantean los siguientes objetivos específicos:

#### Objetivo específico 17:

→ Estudiar las relaciones de los Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico con el Crecimiento Postraumático.

- Hipótesis 17A: el *Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes* experimentados en los dos años previos al diagnóstico se relacionará positiva y significativamente con el *Cambio en la Apreciación de la Vida, el Cambio en la Relación con los Demás, el Cambio en la Fuerza Personal y el Cambio Espiritual y Religioso, así como con el Crecimiento Postraumático Global*.
- Hipótesis 17B: las *Unidades de Cambio Vital* experimentadas en los dos años previos al diagnóstico se relacionarán positiva y significativamente con el *Cambio en la Apreciación de la Vida, el Cambio en la Relación con los Demás, el Cambio en la Fuerza Personal y el Cambio Espiritual y Religioso, así como con el Crecimiento Postraumático Global*.

### **Objetivo específico 18:**

→ Estudiar las relaciones de los Índices de Reactividad al Estrés con el Crecimiento Postraumático de las mujeres con cáncer de mama.

- Hipótesis 18A: el nivel de *Cambio en la Apreciación de la Vida* se relacionará negativa y significativamente con los *Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual*, así como *Global*.
- Hipótesis 18B: el nivel de *Cambio en la Relación con los Demás* se relacionará negativa y significativamente con los *Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual*, así como *Global*.
- Hipótesis 18C: el nivel de *Cambio en la Fuerza Personal* se relacionará negativa y significativamente con los *Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual*, así como *Global*.
- Hipótesis 18D: el nivel de *Cambio Espiritual y Religioso* se relacionará negativa y significativamente con los *Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual*, así como *Global*.
- Hipótesis 18E: el *Crecimiento Postraumático* a nivel global se relacionará negativa y significativamente con los *Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual*, así como *Global*.

## CAPÍTULO 6



## 6. MÉTODO

El presente estudio ha sido posible gracias a la colaboración y el soporte proporcionado por la Asociación de Mujeres Afectadas por Cáncer de Mama de Elche y Comarca (AMACMEC), que cuenta con más de 400 socias y tiene contratadas dos psicólogas, dos fisioterapeutas, una trabajadora social y una administrativa.

Además del soporte de AMACMEC para la realización de esta investigación, se ha contado con la colaboración de personal médico y de enfermería de los dos hospitales públicos de referencia de Elche, el Hospital General Universitario y el Hospital del Vinalopó.

En este capítulo se describen, como corresponde, las características de la muestra de estudio, los instrumentos utilizados para analizar las variables objeto de esta investigación, así como el procedimiento de recogida de datos y los análisis estadísticos utilizados.

## 6.1. MUESTRA DE ESTUDIO

Las mujeres que han participado son 50 usuarias de la Asociación de Mujeres Afectadas por Cáncer de Mama de Elche y Comarca (AMACMEC). A continuación, se describe detalladamente el perfil sociodemográfico de esta muestra, sus características médico-clínicas, así como sus hábitos de salud.

### 6.1.1. Perfil sociodemográfico

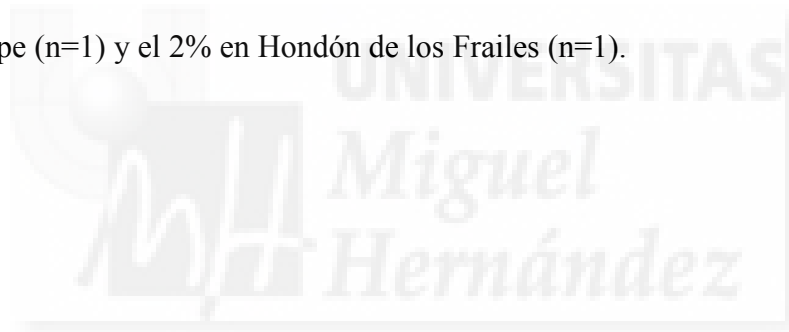
La media de *Edad* de la muestra de estudio es de 55,08 años (DT=10,4; Rango: 28-83años). En relación al *Estado Civil*, el 46% está casada o tiene pareja (n=23); el 20% es soltera (n=10); el 20% está divorciada y/o separada (n=10) y el 14% es viuda (n=7). Respecto al *Nivel Educativo*, el 36% no tiene estudios o no ha terminado los Estudios Primarios (n=18); el 18% tiene Bachiller Elemental, EGB, ESO o Graduado Escolar (n=9); el 26% ha realizado estudios de Formación Profesional (n=13); el 14% ha cursado Bachiller Superior, BUP y/o COU (n=7) y el 6% restante tiene estudios universitarios (n=3).

En lo relativo a la *Situación Laboral Actual*, un 28% de la muestra está de baja laboral (n=14) -de las cuales un 92.8% percibe subsidio (n=13) y un 7.2% no percibe subsidio (n=1)- ; un 24% está desempleada (n=12) -de ellas, un 58.3% no percibe ningún subsidio por desempleo (n=7) y un 41.6% percibe alguna prestación (n=5)- ; un 18% tiene un empleo remunerado actualmente (n=9) -de las cuales un 77.7 % de forma regulada

(n=7) y un 22.2% sin regular (n=2)-; un 14% de la muestra es ama de casa (n=7); un 14% está jubilada (n=7) y el 2% restante es estudiante (n=1).

En cuanto a los *Hijos*, el 78% de la muestra tiene hijos (n=39). Respecto a la *Convivencia Actual* un 24% vive sola (n=12), un 32% convive con su pareja e hijos (n=16), un 20% vive sólo con su pareja (n=10), un 14% vive con otros familiares (n=7), un 8% convive sólo con sus hijos (n=4) y el 2% restante vive con sus hijos y otros familiares (n=1).

Respecto a la *Nacionalidad*, el 96% de la muestra es española (n=48) y el 4% restante es de otra nacionalidad [marroquí (n=1) y búlgara (n=1)]. El 82% *reside* en Elche (n=41), el 8% en Crevillente (n=4), el 4% en Santa Pola (n=2), el 2% en Alicante (n=1), el 2% en Aspe (n=1) y el 2% en Hondón de los Frailes (n=1).



### 6.1.2. Características médico-clínicas

La media de *Tiempo Transcurrido desde el Diagnóstico* se sitúa en 48.88 meses (DT=61.49; Rango= 1-297). Un 54% de la muestra de estudio ha presentado el tumor en la *mama* derecha (n=27), mientras que un 46% lo ha presentado en la *mama* izquierda (n=23). El 96% no ha presentado *recidiva* del cáncer mamario (n=48), al igual que el 96% no ha presentado *metástasis* desde el inicio del diagnóstico de cáncer (n=48).

En lo relativo al *Tipo de Tumor a Nivel Histológico*, un 34% ha sido diagnosticada de un Carcinoma Ductal Infiltrante (n=17); un 10% de un Carcinoma Ductal *In Situ* (n=5) y un 2% de un Carcinoma Lobulillar Infiltrante (n=1). Del 54% restante se desconoce su tipo de tumor a nivel histológico (n=27). En cuanto al *Tipo de Tumor a Nivel Inmunohistoquímico*, el 78% ha presentado un tumor hormonodependiente (n=39); un 6% ha sufrido un tumor Triple Negativo (n=3); un 6% un tumor HER2+ (n=3) y un 2% un tumor HER2+ enriquecido (HER2+ y hormonodependiente) (n=1). El 8% restante desconoce su tipo de tumor a nivel inmunohistoquímico (n=4).

En cuanto a las *Intervenciones Quirúrgicas para el cáncer de mama*, al 50% de la muestra se le ha realizado una tumorectomía (n=25); al 48% se le ha practicado una mastectomía (n=24) y al 2% restante no se le ha practicado cirugía (n=1). De las mujeres mastectomizadas, al 46% se le ha practicado una reconstrucción (n=11), siendo unilateral para un 72% de ellas (n=8) y bilateral para un 28% (n=3).

En cuanto a los *Tratamientos Oncológicos para el cáncer de mama*, el 80% ha recibido Tratamiento Hormonal (n=40), el 70% Radioterapia (n=35), el 66% Quimioterapia (n=33) y un 8% ha recibido Tratamiento con Inmunoterapia (n=4).



Sobre los *Antecedentes de Cáncer en Familiares*, los datos indican que el 50% de la muestra conoce antecedentes oncológicos en los padres (n=25), un 12% en hermanos/as (n=6), un 22% en tíos/as (n=11), un 20% en primos/as (n=10) y un 2% tiene un hijo/a con antecedentes de cáncer (n=1). A un 14% de la muestra se le ha realizado estudio *en la Unidad de Consejo Genético Oncológico (UCGO)* para conocer si su cáncer de mama es hereditario (n=7), de ellas, un 29% tienen un resultado positivo (n=2).

En referencia a *problemas de salud distintos al cáncer de mama*, un 46% refiere problemas emocionales/de salud mental (n=23); un 20% indica problemas digestivos (n=10); un 20% señala problemas traumatológicos (n=10); un 16% refiere problemas ginecológicos (n=8); un 14% oculares (n=7); un 12% neurológicos (n=6); un 10% dermatológicos (n=5); un 10% neumológicos (n=5); un 8% endocrinos (n=4); un 4% oncológicos de otro tipo (n=2) y un 2% refiere problemas cardíacos (n=2).

Respecto a la *Medicación actual prescrita*, un 60% de la muestra toma de forma diaria Tratamiento Hormonal (n=30), un 38% medicación ansiolítica (n=19) y un 20% medicación antidepresiva (n=10).

### 6.1.3. Hábitos de Salud

Respecto al *Consumo de Tabaco*, un 40%, es ex fumadora desde un momento distinto al del diagnóstico de cáncer de mama (n=20) y un 34% refiere no haber fumado nunca (n=17). Un 14% de las encuestadas dejó de fumar desde el momento del diagnóstico del cáncer (n=7). El 12% restante es fumadora activa en el momento de la entrevista (n=6) y de ellas, un 66% consume un paquete de tabaco diario (n=4), un 17% consume alrededor de 3 cigarros al día (n=1) y el otro 17% restante consume 1 cigarro al día (n=1).

En cuanto al *Consumo de Alcohol*, los datos indican que el 50% de la muestra consume alcohol de forma ocasional (n=25), un 16% refiere consumir alcohol semanalmente (n=8) y el 6% restante refiere beber alcohol de forma diaria (n=3). Un 28% refiere no consumir nada de alcohol (n=14).

Con relación al *Ejercicio Físico*, un 24% de la muestra no realiza ningún tipo de ejercicio (n=12). Un 42% realiza sólo un tipo de deporte: caminar (n=17), entrenar en el gimnasio (n=2), nadar (n=1) y yoga (n=1); otro 34% de la muestra realiza más de un tipo de ejercicio físico (n=17). De las 38 mujeres que realizan ejercicio físico, el 66% lo realiza tres o más días por semana (n=25) y el 34% dos días por semana (n=13).

En cuanto a la *Dieta Alimentaria*, un 28% de la muestra la considera “muy sana y/o equilibrada” (n=14), un 58% de la muestra califica su alimentación como “más o menos sana” (n=29); un 10% la considera “más bien mala” (n=5) y el 4% restante la considera “muy mala y/o poco equilibrada” (n=2).

## 6.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS

### 6.2.1. Variables sociodemográficas, clínicas y de hábitos de salud

En la Tabla 8, situada al final de este apartado, se presenta un resumen de las variables e instrumentos utilizados para recoger las características de la muestra descrita en el apartado correspondiente a la descripción de la muestra.

#### 6.2.1.1. Variables sociodemográficas

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* que incluye la *Edad* –expresada en años y recogida mediante la fecha de nacimiento–, el *Estado Civil* – categorizado en: soltera, casada o en pareja, divorciada o separada, viuda–, El *nivel educativo* –categorizado en: sin estudios o estudios primarios incompletos, bachiller elemental/EGB/ESO/graduado escolar, bachiller superior/BUP/COU, formación profesional, estudios universitario–, la *Situación Laboral Actual* –categorizada en: estudiante, ama de casa, empleada (regulada/sin regular), de baja laboral (con/sin percepción económica), desempleada (con/sin percepción económica), prejubilada/jubilada–. Otras variables recogidas son: *número total de hijos*, personas con las que *conviven actualmente*, su *nacionalidad* y *lugar de residencia*.

### 6.2.1.2. Variables médico-clínicas

Para recopilar las cuestiones referida a los aspectos médico-clínicos, se contó con el asesoramiento de distintos médicos de las Unidades de Patología Mamaria de los hospitales General Universitario de Elche y Hospital del Vinalopó, así como del personal administrativo y de enfermería de la Unidad de Consejo Genético Oncológico (UCGO) de la provincia de Alicante. Los facultativos que colaboraron pertenecen a diversas especialidades médicas; en concreto, tres cirujanos, dos oncólogos, una ginecóloga, dos radiólogas y una especialista en anatomía patológica.

En la Tabla 8 están recogidas a modo de esquema cada una de las variables y su correspondiente instrumento para la recogida de datos. Como puede observarse se recoge: el *Tiempo Transcurrido desde el Diagnóstico* –expresado en meses y recogido mediante la fecha de diagnóstico–; la *Mama afectada* –señalando izquierda, derecha, ambas–; *Recidiva* –categorizada en ausencia o presencia; *Metástasis* –categorizada en: ausente, presente desde inicio, presente *a posteriori*–; *Tipo de Tumor a Nivel Histológico* –categorizado en: carcinoma ductal in situ/infiltrante, carcinoma lobulillar in situ/infiltrante, carcinoma inflamatorio–; *Tipo de Tumor a Nivel Inmunohistoquímico* –categorizado en: Hormonal, Triple -, HER2+, HER2+ enriquecido–; *Intervenciones Quirúrgicas para el cáncer de mama* –categorizadas en: tumorectomía (uni/bilateral), mastectomía (uni/bilateral), reconstrucción (uni/bilateral)-; *Tratamientos Oncológicos para el cáncer de mama*– Quimioterapia, Radioterapia, Tratamiento Hormonal, Inmunoterapia–; *Antecedentes Familiares de Cáncer*: –categorizado en: ausentes, presentes. En caso de presencia, se indica grado de parentesco, –categorizado en: madre, padre, hijos/as, hermanos/as, tíos/as paternos, tíos/as maternos, primos/as paternas,

primos/as maternos–; *Problemas de salud distintos al cáncer de mama* –categorizados en: emocionales, digestivos, traumatológicos, ginecológicos, oculares, neurológicos, dermatológicos, neumológicos, endocrinos, oncológicos (de otro tipo) y cardíacos–; *Estudio en la Unidad de Consejo Genético Oncológico (UCGO)* –categorizado en afirmativo o negativo–; *Medicación actual prescrita* –categorizada en: ansiolíticos, antidepresivos y tratamientos hormonales–.



### 6.2.1.3. *Variables de Hábitos de Salud*

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* para recoger información relativa al consumo de tabaco y alcohol, a la realización de ejercicio físico y a la percepción sobre su alimentación, tal y como puede observarse en la Tabla 8.

El *Hábito Tabáquico* se recoge en las siguientes alternativas de respuesta: –no ha fumado nunca, es fumadora en activo, es exfumadora desde el diagnóstico de cáncer, es exfumadora desde un momento diferente al diagnóstico de cáncer–. En caso de señalar la segunda categoría (fumadora activa), se recoge información relativa al número total de cigarros consumidos por día.

En segundo lugar, para evaluar el *Consumo de Alcohol* se solicita a la paciente que indique cuál de las siguientes categorías de respuesta considera que refleja su consumo de alcohol: –no bebe alcohol nunca, bebe alcohol de forma ocasional, bebe alcohol semanalmente, bebe alcohol diariamente–.

En tercer lugar, la información referida al *Ejercicio Físico* se categoriza en:– no realiza ninguna actividad física, practica natación, camina, acude al gimnasio, practica yoga, realiza más de un tipo de ejercicio físico–. En caso de realizar algún tipo de actividad, se recoge la frecuencia –categorizada en: 1 día/ semana, 2 días/ semana, 3 o más días/ semana–.

Por último, para evaluar la *Dieta Alimentaria* se le pide a la paciente que indique cuál de las siguientes alternativas de respuesta identifica mejor sus hábitos y dieta alimentaria regular: –muy sana y/o equilibrada, más o menos sana, más bien mala, muy mala y /o poco equilibrada–.

Tabla 8. Variables e Instrumentos sociodemográficos, clínicos y de hábitos de salud	
VARIABLES	INSTRUMENTOS
<i>Sociodemográficas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Nivel educativo</li> <li>- Situación Laboral</li> <li>- N° hijos</li> <li>- Situación de convivencia</li> <li>- Nacionalidad</li> <li>- Lugar de residencia</li> <li>- Creyente/No creyente</li> </ul>	<p>Ítems elaborados <i>ad hoc</i>.</p> <p>¿Qué edad tiene?  ¿Cuál es su estado civil?  ¿Qué nivel de estudios tiene terminado?  ¿Cuál es su situación laboral en estos momentos?  ¿Tiene hijos?  ¿Con quién convive actualmente?  ¿Cuál es su nacionalidad?  ¿Dónde vive?  ¿Se considera usted una persona con creencias religiosas?</p>
<i>Clínicas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempo transcurrido en meses desde el diagnóstico</li> <li>- Mama afectada</li> <li>- Recidiva</li> <li>- Metástasis</li> <li>- Tipo tumor histológico</li> <li>- Tipo de tumor inmunohistoquímico</li> <li>- Intervenciones quirúrgicas para en cáncer de mama</li> <li>- Tratamiento oncológico para el cáncer de mama</li> <li>- Antecedentes familiares oncológicos</li> <li>- Problemas de salud personales distintos al cáncer de mama</li> <li>- Intervenciones quirúrgicas distintas al cáncer de mama</li> <li>- Estudio en la Unidad de Consejo Genético Oncológico</li> <li>- Medicación actual prescrita</li> </ul>	<p>Ítems elaborados <i>ad hoc</i>.</p> <p>¿En qué fecha le fue diagnosticado su cáncer de mama?  ¿Cuál es/fue la mama afectada?  ¿Ha sufrido alguna recidiva? Si es así, ¿en qué fecha?  ¿Le han diagnosticado metástasis en algún momento? Si es así, ¿en qué fecha?  ¿Sabe qué tipo de tumor ha tenido? ¿Recuerda su nombre o alguna característica?  ¿Qué tipo de operaciones le han hecho como tratamiento a su cáncer de mama?  ¿Cuál ha sido/es el plan de tratamiento que le han prescrito?  ¿En su familia ha habido más casos de cáncer, aunque no hayan sido de mama?  Además del diagnóstico de cáncer de mama, ¿qué otros problemas de salud has tenido a lo largo de tu vida?  ¿Qué otras intervenciones quirúrgicas te han realizado? ¿En qué fechas?  ¿Te han realizado estudio en la Unidad de Consejo Genético Oncológico? ¿Y a alguno de tus familiares?  ¿Tomas actualmente alguna medicación?</p>
<i>Hábitos De Salud</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de Tabaco</li> <li>- Consumo de Alcohol</li> <li>- Ejercicio físico</li> <li>- Alimentación</li> </ul>	<p>Ítems elaborados <i>ad hoc</i>:</p> <p>“¿Fuma actualmente? En caso afirmativo, ¿cuántos cigarrillos al día consume aproximadamente?  En caso de ser ex fumadora, ¿lo dejó coincidiendo con el diagnóstico de cáncer o fue en un momento distinto?”  “¿Bebe alcohol actualmente? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia lo hace: diaria, semanal u ocasional”  “¿Realiza algún tipo de ejercicio físico? En caso afirmativo, ¿qué actividad física practica? ¿Con qué frecuencia”  “¿Cómo calificaría su alimentación?  Muy sana y/o equilibrada  Más o menos sana  Más bien mala  Muy mala y/o poco equilibrada</p>

### 6.2.2. Variables relativas a las Atribuciones Causales del cáncer de mama

Las atribuciones causales hacen referencia a los procesos cognitivos mediante los cuales las personas buscan información acerca de las causas de una determinada situación (Baron y Byrne, 1998). En esta investigación, la variable *Atribución Causal sobre el Cáncer de Mama* hace referencia a la creencia de las mujeres entrevistadas sobre el origen de su cáncer de pecho. Para recoger esta información, las personas de la muestra tenían que responder a la pregunta abierta: “¿A qué causas atribuye usted la aparición su cáncer de mama?”. Las respuestas eran recogidas literalmente.

Con objeto de realizar una categorización de las respuestas de las pacientes se siguió un procedimiento a partir de la propuesta de Peuker et al. (2016). Este procedimiento se llevó a cabo en 4 fases.

En la primera fase se elaboró un cuestionario cuyos ítems recogían cada una de las respuestas literales de las pacientes entrevistadas y como escala de respuesta se confeccionó una clasificación basada en el estudio mencionado que constaba de las siguientes categorías: a) Atribuciones Psicológicas, b) Factores de Riesgo Biológico, c) Factores de Riesgo Comportamentales, d) Ausencia de Acceso a Recursos o Atención Médica Deficitaria, e) Daño físico, f) Mala Suerte, Destino, g) Agentes Químicos o Radiológicos. Las instrucciones del cuestionario indicaban que se debía clasificar cada ítem en las atribuciones recogidas en la escala de respuesta.

En la segunda fase, se solicitó la colaboración de 6 expertas (4 profesoras de psicología social de la salud y 2 psicooncólogas) que, de manera independiente, debían cumplimentar el cuestionario, elaborado en la fase 1.



En la tercera fase, se compilaron todos los resultados resaltando los acuerdos y las diferencias obtenidos de la fase 2.

En la cuarta fase, se realizó una sesión de discusión de expertas (2 profesoras de psicología social y 1 psicooncóloga), donde analizaron las clasificaciones obtenidas en la fase 3. El grupo de discusión concluyó elaborando dos categorías de variables. Una primera categoría que contenía los *tipos de atribución* que las mujeres manifestaban, y una segunda categoría que contenía el *grado de certeza* que las mujeres manifestaban con respecto a la causa de su cáncer.

En la Tabla 9 se recogen las dos categorías con sus correspondientes variables, así como los ítems que componen cada una de ellas. Asimismo, en el Anexo 1 se puede consultar el repertorio de todos los ítems.

Tabla 9. Variables e Instrumentos de las Atribuciones Causales del cáncer de mama

VARIABLES	ÍTEMS/AFIRMACIONES
<i>Tipo de Atribución Causal</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atribuciones Psicosociales</li> <li>- Atribuciones Biológicas</li> <li>- Atribuciones PsicoBiológicas</li> <li>- Atribución al Azar, Mala Suerte o Destino</li> </ul>	<p>Ítem elaborado <i>ad hoc</i>:</p> <p>“¿A qué atribuye usted la aparición del cáncer en su caso?”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5, 12, 20, 25, 26, 28, 30, 33, 44, 21, 36, 49, 32, 10, 2</li> <li>- 1, 3, 6, 41, 48, 42, 42, 4, 11, 16, 45, 50</li> <li>- 14, 23, 15, 39, 35, 34, 22, 29</li> <li>- 9, 37, 47, 13, 40, 8, 7, 19, 31, 17, 27, 46, 38, 18, 24</li> </ul>
<i>Grado de Certeza en la Atribución Causal</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atribuciones Concretas</li> <li>- Atribuciones Sin Explicación</li> <li>- Atribuciones Dubitativas</li> <li>- Ausencia de Atribución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5, 12, 20, 25, 26, 28, 30, 33, 44, 1, 3, 6, 48, 14, 23, 9, 37, 47, 13, 40, 8, 7</li> <li>- 32, 10, 2, 42, 4, 11, 16, 45, 43, 35, 22, 29, 19, 31, 17, 27, 46, 38</li> <li>- 21, 36, 49, 41, 15, 39, 34</li> <li>- 50, 18 y 24</li> </ul>

### **6.2.3. Variables relativas a los Factores de Estrés**

En el siguiente apartado se realiza una descripción de las variables e instrumentos empleados para recoger los *factores Externos e Internos de Estrés*, tal y como puede observarse en la Tabla 10, que recoge a modo de resumen esta información.

#### **6.2.3.1. Factores Externos de Estrés**

##### **a) Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico**

Se ha empleado la *Escala de Sucesos Vitales* de González de Rivera y Morera (1983). Esta escala es la adaptación española de la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe, creada en 1967.

La *Escala de Sucesos Vitales* (González de Rivera y Morera, 1983) consta de 61 ítems, que describen diferentes sucesos a los que la persona debe responder indicando si los ha experimentado o no en los últimos dos años.

Cada uno de los 61 ítems tiene asignado un valor, que oscila entre 32 puntos (“cambio en opiniones políticas”) y 92 puntos (“muerte del cónyuge”) y que se denominan *Unidades de Cambio Vital (UCV)*. Los autores señalan que los valores estándar que se aplican en la corrección (*UCV*) hacen referencia al grado de esfuerzo que hay que hacer para adaptarse a cada acontecimiento, o de lo estresante que éste es.

En cuanto a su corrección e interpretación, una vez que la persona señala cuáles son los acontecimientos vividos en los últimos 24 meses, se procede a sumar los valores

de las UCV de todos los sucesos marcados. Una puntuación por debajo de 150 puntos señala riesgo bajo de susceptibilidad a enfermar; una puntuación entre 151 y 299 puntos se considera de riesgo moderado y una puntuación igual o por encima de 300 puntos es interpretada como mayor susceptibilidad a padecer algún tipo de enfermedad, incluso de carácter psicopatológico (González y Castillo, 2010).

Para esta investigación, además de las *Unidades de Cambio Vital (UCV)* se ha procedido a tomar como variable el *Número Total de Sucesos Vitales Estresantes* experimentados por la muestra en los dos años previos al diagnóstico, realizando el sumatorio de los sucesos señalados por la persona en la escala. Igualmente, se analizó cualitativamente la variable *Tipo de Suceso Vital Estresante* experimentados por la muestra en los años previos al diagnóstico de cáncer de mama.

#### **b) Acontecimientos Vitales Negativos a lo largo de toda la vida**

Con el objetivo de recoger todos los *Acontecimientos Vitales experimentados a lo largo de la vida*, se planteaba a la muestra la siguiente cuestión: “Cuénteme los 5 acontecimientos más negativos que considera que ha tenido que afrontar a lo largo de toda su vida”. Para responder, la persona entrevistada enumeraba libremente todos los acontecimientos que considerase, los cuales se iban recogiendo literalmente en un listado. Una vez recogidos, y tras pedir la indicación de la fecha, se solicitaba a la persona que graduase en una escala de 0 a 10 cada uno de los sucesos descritos, donde 10 significa “lo peor que me podía haber pasado / lo peor que me ha pasado”.

Cuando se hubo entrevistado a todas las mujeres de la muestra, se registraron todos los *Acontecimientos Vitales experimentados a lo largo de la vida* descritos y se clasificaron en ocho categorías para poder cuantificar los datos y proceder así a su análisis

estadístico. Las 8 categorías establecidas fueron: a) diagnóstico propio de cáncer de mama; b) fallecimiento de seres queridos; c) enfermedades graves de seres queridos; d) malos tratos y/o abusos sexuales; e) conflictos de relación con seres queridos; f) problemas de salud propios (distintos al cáncer de mama); g) problemas económicos; h) otros problemas.

#### **6.2.3.2. Factores Internos de Estrés: Índice de Reactividad al Estrés**

La *Reactividad al Estrés* se define como el “conjunto de pautas de respuesta cognitiva, neurovegetativa, emocional y conductual característica de las personas ante situaciones generadoras de tensión” (González de Rivera, 1983; Monterrey et al., 1991), y es un indicador de vulnerabilidad al estrés que predispone al padecimiento de patología médica y/o psiquiátrica (González de Rivera, 1990).

Para evaluar esta variable se ha empleado el cuestionario *Índice de Reactividad al Estrés* (IRE-32) de González de Rivera y Revuelta (1990), posterior a la primera versión (IRE-25), creada por el mismo autor en 1981. Este instrumento tiene como finalidad cuantificar las formas habituales de respuesta cognitiva, neurovegetativa, emocional y conductual de las personas ante situaciones generadoras de tensión o que se perciben como peligrosas o nocivas para el bienestar (González de Rivera, 1981). Su elección para este trabajo se fundamenta en el hecho de que diferentes estudios muestran la importancia de la Reactividad al Estrés como factor de vulnerabilidad al padecimiento de múltiples cuadros psicopatológicos y trastornos psicosomáticos, así como su papel como modulador sobre el impacto de acontecimientos traumáticos en las personas (Rodríguez-Abuín, 2002).

El *Índice de Reactividad al Estrés* consta de 32 ítems en los que se describen 32 reacciones que pueden experimentar las personas ante el estrés. Los sujetos deben responder en una escala tipo Likert de 5 alternativas de respuesta en qué medida cada uno de los ítems describe su reacción habitual ante situaciones de estrés o tensión nerviosa, donde 0 significa “nada” y 4 equivale a “mucho/extremadamente”. Es fundamental hacer hincapié en que los ítems se refieren a reacciones habituales ante el estrés y no dependientes del estado en el momento de la aplicación del cuestionario. Para este estudio, y tal y como indica el autor (González de Rivera, 1990), se solicitó expresamente a las personas entrevistadas que contestaran haciendo referencia a su forma general de reaccionar en la vida ante situaciones estresantes, con el fin de que no se centraran en un único acontecimiento, como pudiera ser el diagnóstico de cáncer.

El *Índice de Reactividad al Estrés* aporta una puntuación total que se calcula a partir del sumatorio de todos los puntos obtenidos dividiendo el resultado entre 32. Las puntuaciones menores de 0,6 se consideran bajas. Entre 0,6 y 1, algo altas, pero no alarmantes; y puntuaciones mayores de 1 se consideran demasiado altas.

Asimismo, se puede obtener una puntuación para cada uno de los factores sumando los ítems que los componen y dividiendo por el número de ítems del factor: Factor *Vegetativo* (ítems 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 25, 28 y 31); Factor *Emocional* (ítems 6, 15, 20, 24 y 29); Factor *Cognitivo* (ítems 3, 11, 18, 27 y 32) y Factor *Conductual* (ítems 1, 8, 9, 16, 23, 26 y 30). Igualmente, puntuaciones menores de 0,6 se consideran bajas. Entre 0,6 y 1, algo altas, pero no alarmantes; y puntuaciones mayores de 1 se consideran demasiado altas.

En cuanto a las propiedades psicométricas, se han realizado estudios de fiabilidad y validez tanto en población clínica como en no clínica, resultando unos índices de

fiabilidad de 0.70 a 0.85 en cuanto a la reactividad al estrés global (Mora, 2010). En el caso del presente estudio, el índice de fiabilidad resultante alcanza un valor de 0.89.

Tabla 10. Variables e Instrumentos de los Factores de Estrés	
FACTORES EXTERNOS	INSTRUMENTOS
<i>Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número Total de Sucesos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico</li> <li>- Tipo de Sucesos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico</li> <li>- Unidades de Cambio Vital en los dos años previos al diagnóstico</li> </ul>	<p><i>Escala de Sucesos Vitales</i> (González de Rivera y Morera, 1983, adaptación española de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe, 1967).</p>
<i>Acontecimientos Vitales Negativos a lo largo de toda su vida</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico propio de cáncer de mama</li> <li>- Problemas de salud propios distintos al cáncer de mama</li> <li>- Malos tratos y/o abusos sexuales</li> <li>- Fallecimiento de seres queridos</li> <li>- Enfermedades graves de seres queridos</li> <li>- Conflictos de relación con seres queridos</li> <li>- Problemas económicos</li> <li>- Otros problemas</li> </ul>	<p>Ítem elaborado <i>ad hoc</i>:</p> <p>“Hábleme de los 5 acontecimientos más negativos que considera que ha tenido que afrontar a lo largo de su vida. ¿En qué fecha sucedió cada uno de ellos?”</p>
FACTORES INTERNOS	INSTRUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reactividad al Estrés Vegetativa</li> <li>- Reactividad al Estrés Emocional</li> <li>- Reactividad al Estrés Cognitiva</li> <li>- Reactividad al Estrés Conductua/Comportamental</li> <li>- Reactividad al Estrés Global</li> </ul>	<p>Índice de Reactividad al Estrés-32 (González de Rivera, 1990)</p>

#### **6.2.4. Variables relativas a la Adaptación al cáncer de mama**

En el siguiente apartado se realiza una descripción de los instrumentos empleados para recoger las variables pertenecientes a este grupo, tal y como puede observarse en la Tabla 11.

##### **6.2.4.1. Estado Emocional**

Para evaluar el *Estado Emocional* se ha empleado la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Terol, López- Roig, Rodríguez-Marín, Martín-Aragón, Pastor y Reig (2007), adaptación española de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), de Zigmond y Snaith (1983). Esta escala es un instrumento que evalúa las respuestas emocionales de ansiedad y de depresión y se utiliza cada vez con más frecuencia en el campo de la salud-enfermedad. Sus ítems incluyen respuestas cognitivas, conductuales y emocionales de ansiedad y depresión, obviando en su mayor parte el componente somático, que podría confundirse con sintomatología de la enfermedad física (López-Roig, Terol, Pastor, Neipp, Massuti, Rodríguez-Marín, Leyda, Martín-Aragón y Sitges, 2000).

La escala consta de 14 ítems en los que se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con la percepción del sujeto sobre su estado emocional y afectivo en la última semana. Los ítems se contestan mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos en función del grado de acuerdo del sujeto con lo expresado. Originalmente, fue desarrollada para aplicar a pacientes médicos (en consulta externa hospitalaria, salvo

pacientes psiquiátricos) y en la actualidad ha sido validada en diversas muestras de enfermos físicos de diferentes poblaciones y países, incluyendo población oncológica española (López-Roig et al., 2000).

La corrección de la escala aporta dos resultados: uno relativo a la subescala de *Ansiedad* (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) y otro relativo a la subescala *Depresión* (ítems 2,4, 6, 8, 10, 12, 14). Para la obtención de las puntuaciones se realiza el sumatorio de las respuestas de los ítems correspondientes a cada uno de los dos factores. El rango de puntuaciones para ambos factores oscila entre 0 y 21. Puntuaciones altas en cada factor significan niveles más elevados de ansiedad y/o depresión. En el caso de la validación de la escala en muestra de pacientes oncológicos, el punto de corte óptimo en la subescala de *Ansiedad* es de 9 puntos y en la de *Depresión* es de 4 puntos (Terol et al., 2014).

En cuanto a las propiedades psicométricas de la escala, los índices de Sensibilidad y Especificidad se sitúan alrededor de 80%. En el caso de la muestra de pacientes oncológicos los dos factores muestran cargas factoriales superiores a 0.63, con una varianza total explicada del 55,45%, siendo los índices de consistencia de las dos subescalas superiores a 0,69 (Costa-Requena y Gil, 2007; López-Roig et al., 2000). En el caso del presente estudio, en cuanto a la subescala de *Ansiedad* se ha obtenido un índice de fiabilidad de 0.85 y en la subescala de *Depresión* de 0.88.



#### 6.2.4.2. *Crecimiento Postraumático*

El *Crecimiento Postraumático* hace referencia la percepción de los cambios positivos que resultan del esfuerzo personal tras una crisis vital o acontecimiento traumático (Tedeschi y Calhoun, 1996). Este cambio supone una transformación personal en la manera de responder ante las demandas vitales que conlleva un bienestar no apreciado antes de ocurrir el suceso traumático (Costa y Gil, 2007).

Para esta investigación se ha aplicado el *Inventario de Crecimiento Postraumático* (ICP), de Rodríguez-Marín, Sitges, Tirado, Martín-Aragón, Pastor y Navarro (2005), siendo éste una adaptación española del Posttraumatic Growth Inventory (1996), original de Tedeschi y Calhoun. Este instrumento tiene como finalidad evaluar las ganancias positivas tras la vivencia de un acontecimiento experimentado como impactante, por lo que en esta investigación se ha justificado su uso con el fin de valorar las posibles ganancias positivas experimentadas por la muestra tras el diagnóstico de cáncer de mama.

La escala, compuesta por 21 ítems en total, se desglosa en cuatro factores: *Cambio en la Apreciación de la Vida* (ítems 1, 2, 3, 7, 11 y 13), que evalúa cambios en el estilo de vida, como por ejemplo, “*He desarrollado nuevos intereses*” (ítem 3), *Cambio en la Relación con los Demás* (ítems 6, 8, 9, 16, 17, 20, 21) y que evalúa el hecho de que la persona sienta variaciones en relación a su apoyo social, como por ejemplo, “*Sé que puedo contar con gente en mis momentos de angustia*” (ítem 6); *Cambio en la Fuerza Personal* (ítems 4, 10, 12, 15, 19) y que evalúa variaciones sobre la capacidad para superar dificultades tras sobrevivir a un trance, como por ejemplo, “*He desarrollado mayor confianza en mí mismo/a*” (ítem 4) y *Cambio Espiritual y/o Religioso* (ítems 5, 14 y 18), que evalúa variaciones en planteamientos existenciales, como por ejemplo, “*He mejorado*

*mi comprensión de los asuntos espirituales”* (ítem 5). La escala de respuesta es tipo Likert con 6 puntos, siendo 0= “no he experimentado este cambio” y 5= “he experimentado muchísimo este cambio”.

Las puntuaciones se obtienen a partir del sumatorio de los ítems de cada factor: *Cambio en la Apreciación de la Vida* (rango de puntuación de 0 a 30 puntos), *Cambio en la Relación con los Demás* (rango de puntuación de 0 a 35 puntos), *Cambio en la Fuerza Personal* (rango de puntuación de 0 a 25 puntos) y *Cambio Espiritual y Religioso* (rango de puntuación de 0 a 15 puntos). Asimismo, es posible obtener una puntuación total realizando la suma de todos los ítems del cuestionario. Puntuaciones altas son indicativas de mayor cambio (Bernabé, Martín-Aragón, Lisboa y Tirado, 2014).

Los resultados de la adaptación española indican que los ítems del ICP tienen una alta capacidad discriminativa, son explicados en gran medida por los factores y presentan además una buena consistencia interna, siendo el Alpha de Cronbach en cada factor el siguiente: *Cambio en la Apreciación de la Vida*: 0.86; *Cambio en la Relación con los Demás*: 0.82; *Cambio en la Fuerza Personal*: 0.77 y *Cambio Espiritual y Religioso*: 0.66 (Bernabé et al., 2014). En el caso del presente estudio, el índice de fiabilidad es igual a 0.95.

Tabla 11. Variables e Instrumentos de la Adaptación al Cáncer de mama	
VARIABLES	INSTRUMENTOS
<i>Estado Emocional</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad</li> <li>- Depresión</li> </ul>	<p>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Terol et al., 2007, adaptación española de la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad de Zigmond y Snaith, 1983).</p>
<i>Crecimiento Postraumático</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio apreciación vida</li> <li>- Cambio relación con los demás</li> <li>- Cambio fuerza personal</li> <li>- Cambio espiritual/religioso</li> <li>- Crecimiento Postraumático Global</li> </ul>	<p>Inventario de Crecimiento Postraumático (Rodríguez Marín et al., 2005, adaptación española del Posttraumatic Growth Inventory de Tedeschi y Calhoun, 1996).</p>



### 6.3. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

El primer paso para llevar a cabo este estudio fue la presentación de los objetivos del mismo a la Junta Directiva de la Asociación de Mujeres Afectadas por Cáncer de Mama de Elche y Comarca (AMACMEC). Una vez aceptado el estudio y conseguidos los permisos correspondientes, se solicitó la participación de las socias de AMACMEC a través de anuncios ubicados en los tabloneros de las instalaciones de la Asociación y a través de la comunicación oral en la sede. Todas las mujeres que fueron informadas directamente y aquellas que pidieron participar al ver los anuncios fueron incluidas en el estudio, siendo citadas expresamente para realizar las entrevistas de forma individual.

Se elaboró un dossier para la realización de las entrevistas, que se realizaron entre los meses de noviembre de 2016 y febrero de 2017 en la sede de AMACMEC. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora. Al inicio de la sesión se explicaba con mayor detalle a la participante el objetivo general del estudio y se solicitaba la firma del correspondiente consentimiento (Anexo 2). A continuación, y a modo de entrevista semiestructurada la psicóloga investigadora iba cumplimentando las cuestiones del dossier (Anexo 3). Esto facilitaba la recogida de datos a la vez que la participante tenía la posibilidad de expresarse de forma espontánea, sin la necesidad de que rellenasen plantilla alguna.

## 6.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Este trabajo es un estudio descriptivo-correlacional de corte transversal que utiliza metodología cualitativa y cuantitativa en una muestra incidental no probabilística.

La metodología cualitativa se ha llevado a cabo mediante: a) registro de información sistemática de respuestas a preguntas abiertas y b) procedimiento de selección- codificación en la transcripción literal de las respuestas, mediante grupos de expertos de discusión.

Para la metodología cuantitativa se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 23.0. con los siguientes análisis:

- Consistencia interna de cada uno de los instrumentos estandarizados utilizados, con el coeficiente Alfa de Cronbach.
- Pruebas de Normalidad: Kolmogorow-Smirnow.
- Descriptivos y Frecuencias: Índices de tendencia central y de dispersión, así como los valores máximos y mínimos y porcentajes.
- Diferencias: U de Mann-Whitney como prueba no paramétrica para dos muestras independientes y Kruskal Wallis para K muestras independientes.
- Correlación.: Coeficiente de no paramétrico Rho de Spearman.

# CAPÍTULO 7



## 7. RESULTADOS

En el presente capítulo se describen los resultados obtenidos tras el análisis estadístico. Para facilitar su lectura, se presentan en el mismo orden en que han sido estructurados los objetivos, dividiéndose por tanto el presente capítulo en cinco epígrafes: los tres primeros hacen referencia a cada uno de los grupos de variables (Atribuciones Causales, Factores de Estrés y Adaptación al cáncer de mama) y los dos segundos a las relaciones entre dichas variables.



## 7.1. ATRIBUCIONES CAUSALES SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

### 7.1.1. Tipo de Atribuciones Causales

En primer lugar, se presentan los resultados del proceso de clasificación en Atribuciones Causales Psicosociales, Atribuciones Causales Biológicas, Atribuciones Causales Psicobiológicas, Atribuciones Causales relacionadas con el Azar, Mala Suerte o Destino, realizado con la colaboración del grupo de expertos indicado en el apartado Método del presente trabajo.



#### 7.1.1.1. *Atribuciones Causales Psicosociales*

En esta categoría se contemplaron las respuestas de la muestra ante la pregunta “¿A qué atribuye usted su cáncer de mama?”, que contenían referencias a aspectos psicológicos y/o sociales como causa de su enfermedad.

- ❖ *“No lo sé, quizá todo lo que me ha pasado... por enviudar tan joven. Pero yo estaba muy contenta porque mi hijo mayor iba a hacer la comunión. No sé muy bien a qué se debe” (2)*
- ❖ *“Mucho sufrimiento: he visto padecer mucho por mí a mi marido y a mi hija tras mi infarto” (5)*



- ❖ *“Estrés, soy más de interiorizar... pero no sé por qué me ha salido” (10)*
- ❖ *“A todo esto (refiriéndose a los acontecimientos vitales negativos), lo tengo muy claro. Los disgustos. Cuando me vine de Granada y empecé a rehacer mi vida y conocí a mi actual pareja pensé: a ver qué me sale ahora” (12)*
- ❖ *“Es un resacón de todo lo que llevo (refiriéndose a acontecimientos vitales negativos: el maltrato de ex pareja, más el aborto, más los problemas de alcohol y drogas de ex marido más la agresión de un desconocido)” (20)*
- ❖ *“Antes de mi diagnóstico pensaba que solo se heredaba. Ahora sé que no, creo que igual el estrés influye porque el año antes de mi diagnóstico fue muy intenso” (21)*
- ❖ *“Problemas de estrés durante los dos últimos años” (25)*
- ❖ *“Todo lo que me he callado durante los problemas de alcoholismo de mi madre y, sobre todo, durante mi matrimonio (relación de maltrato físico y psicológico) tantos años” (26)*
- ❖ *“He sufrido mucho con mi marido y mis hijos: me he volcado con ellos y eso también me ha hecho sufrir muchísimo” (28)*
- ❖ *“A todo el sufrimiento que he pasado con los problemas con mi familia política y el maltrato sufrido por parte de mi hijo” (30)*

- ❖ *“No lo sé, pero creo que al sufrir tanto con mi marido. Él siempre ha sido así y yo pensaba que iba a cambiar, pero no. Y también la muerte de mi madre un mes antes de mi diagnóstico. La cuidé durante 15 años todas las mañanas y por las tardes me dedicaba a cuidar de mis hijas” (32)*
- ❖ *“Al estrés: mucho trabajo. Son muchas situaciones estresantes de allá para acá y además la casa” (33)*
- ❖ *“Creo que sufrí mucho con mi matrimonio y mi separación, pero no sé si tendrá que ver. También la muerte de mi madre, la echo mucho de menos...” (36)*
- ❖ *“He padecido mucho en esta vida...” (44)*
- ❖ *“Creo que a todo esto (refiriéndose a sucesos vitales negativos), he sufrido mucho. No sé si tiene que ver, pero seguro que algo ha influido” (49)*

#### **7.1.1.2. Atribuciones Causales Biológicas**

En esta categoría se contemplaron las respuestas de la muestra ante la pregunta “¿A qué atribuye usted su cáncer de mama?”, que contenían referencias a aspectos biológicos como causa de su enfermedad.

- ❖ *“Haber fumado de los 16 a los 20 años y retomarlo a los 33, tras la muerte de mi padre” (1)*

- ❖ *“Durante la lactancia de mi hija tuve un pecho inflamado que me produjo fiebre alta y me hizo estar bastante enferma durante unas semanas... Esto fue en 1976, pero luego también me dijo el médico que yo tenía unas mamas fibroquísticas y muy densas” (3)*
- ❖ *“No lo sé, no como mal. Quizá se deba a mi obesidad” (4)*
- ❖ *“Ha pasado, es hormonal” (6)*
- ❖ *“No lo sé, tenía un bulto desde los 18 años, pero me dijeron que no era nada” (11)*
- ❖ *“No lo sé, siempre me miraban por unas durezas” (16)*
- ❖ *“Creo que mi cuerpo genera tumores por varios sitios” (tiene otro a nivel cerebral, según refiere)” (41)*
- ❖ *“Tipo hormonal, posiblemente por parte materna, pero no lo sé seguro” (42)*
- ❖ *“Ahora me han dicho que es hormonal, es eso. Porque yo nunca he estado mala. Y siempre he hecho prevención cada año y mamografía cada dos. No me lo explico” (43)*
- ❖ *“No lo sé, toda mi vida me he mirado y no había notado nada. Quizá fuese el balonazo en ese pecho que me dieron un mes antes del diagnóstico” (45)*
- ❖ *“Pienso que es una cuestión hereditaria de mi madre” (48)*
- ❖ *“No me he parado a pensarlo. Si lo pienso, en mi familia hay cáncer, pero de mama soy la primera...” (50)*

### 7.1.1.3. *Atribuciones Causales Psicobiológicas*

En esta categoría se contemplaron las respuestas de la muestra ante la pregunta “¿A qué atribuye usted su cáncer de mama?”, que contenían referencias a tanto a aspectos psicosociales como biológicos como causa de su enfermedad.

- ❖ *“Disgustos, estrés... He hecho muchas locuras con los anticonceptivos, a veces se me olvidaban, a veces los retomaba y otras los dejaba” (14)*
- ❖ *“Alimentación y aguantar todo lo que aguantado con mi padre, con mis hermanas y con mi ex pareja. Creo que todo eso puede haber afectado” (15)*
- ❖ *“No lo sé, yo siempre me miraba las mamas cuando tenía molestias, pero no sé por qué me ha salido ahora. También es verdad que yo siempre me he dedicado a cuidar a los demás, nunca me cuido yo” (22)*
- ❖ *“Factores hormonales y estresantes” (23)*
- ❖ *“No lo sé, quizá sea un cúmulo de cosas. Siempre me he cuidado” (29)*
- ❖ *“Cúmulo de cosas: alimentación, radiaciones, estrés. Pero de forma general, no tengo una causa clara...” (34)*

- ❖ *“No lo sé, he sufrido mucho, también es verdad. Igual eso influye con otros factores” (35)*
- ❖ *“Creo que a una cuestión hormonal, aunque también pienso que puede haber influido mi estado de ánimo y mi vida sedentaria” (39)*

#### **7.1.1.4. Atribuciones Causales Azar, Mala Suerte o Destino**

En esta categoría se contemplaron las respuestas de la muestra ante la pregunta “¿A qué atribuye usted su cáncer de mama?”, que contenían referencias a aspectos como la mala suerte, el destino o el total desconocimiento, como causa de su enfermedad.

- ❖ *“El oncólogo me dijo que era hormonal y yo pensé que ha sido por las pastillas para no quedarme embarazada. Pero eso pasa cuando pasa” (7)*
- ❖ *“Me ha tocado. Desde los 45 años me he hecho las mamografías, pero vieron algo y me hacían control cada 6 meses y cada año por micros [microcalcificaciones]. Y quizá eso haya tenido algo que ver” (8)*
- ❖ *“Porque tenía que salirme” (9)*
- ❖ *“Me tocó, no pienso que se deba a nada concreto” (13)*

- ❖ *“Ni idea. No fumo ni bebo, o sea que ni idea” (17)*
- ❖ *“Tampoco me lo he planteado, me ha salido porque me tenía que salir” (18)*
- ❖ *“Pues no lo sé, yo pensaba que esto a mi edad ya no ocurría” (19)*
- ❖ *“Nunca me lo había planteado” (24)*
- ❖ *“No me lo explico: hago deporte y como sano” (27)*
- ❖ *“No lo sé, siempre me he cuidado mucho” (31)*
- ❖ *“Me ha tocado” (37)*
- ❖ *“No lo sé, francamente. Aún sigo dándole vueltas a eso” (38)*
- ❖ *“Una más de tantas mujeres afectadas” (40)*
- ❖ *“No lo sé, llevo una vida muy ordenada. No fumo y no bebo” (46)*
- ❖ *“Porque me ha tocado” (47)*

En la tabla 12 se recogen a modo de resumen las frecuencias y porcentajes atendiendo al tipo de atribuciones sobre el cáncer de mama.

Tabla 12. Clasificación de Atribuciones Causales sobre el Cáncer de Mama en función del tipo

	Frecuencia	%	N.º sujeto muestra
Atribuciones Psicosociales	15	30%	5, 12, 20, 25, 26, 28, 30, 33, 44 21, 36, 49, 32, 10, 2
Atribuciones Azar, Mala Suerte o Destino	15	30%	9, 37, 47, 13, 40, 8, 7, 19, 31, 17, 27, 46, 38, 18, 24
Atribuciones Biológicas	12	24%	1, 3, 6, 41, 48, 42, 42, 4, 11, 16, 45, 50 14,23
Atribuciones Psicobiológicas	8	16%	15, 39, 35, 34, 22, 29

Como se puede observar, los porcentajes más elevados se acumulan en las categorías de Atribuciones Causales Psicosociales y relacionadas con el Azar, Mala Suerte o Destino, alcanzando el 30% de las respuestas de la muestra (n=15). La categoría de Atribuciones Causales de tipo Biológico obtiene un 24% de las respuestas (n=12) y la categoría Psicobiológica (16%) es la que menor porcentaje presenta (n=8).

### 7.1.2. Grado de certeza

En segundo lugar, se presentan los resultados del proceso de categorización atendiendo al grado de certeza en la formulación de cada ítem en: Atribuciones Causales Categóricas, Atribuciones Causales Dubitativas, Atribuciones Sin Causa Definida y Atribuciones en Ausencia de Planteamiento.

#### 7.1.2.1. *Atribuciones Causales Categóricas*

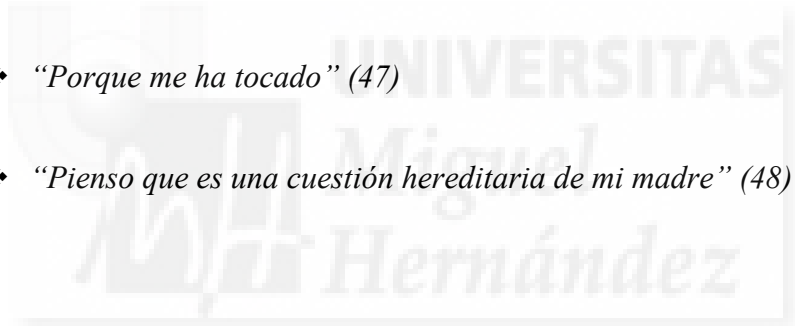
En esta categoría se contemplaron las respuestas de la muestra que ante la pregunta “¿A qué atribuye usted su cáncer de mama?” eran categóricas en cuanto a causa.

- ❖ *“Haber fumado de los 16 a los 20 años y retomarlos a los 33, tras la muerte de mi padre” (1)*
- ❖ *“Durante la lactancia de mi hija tuve un pecho inflamado que me produjo fiebre alta y me hizo estar bastante enferma durante unas semanas... Esto fue en 1976, pero luego también me dijo el médico que yo tenía unas mamas fibroquísticas y muy densas” (3)*
- ❖ *“Mucho sufrimiento: he visto padecer mucho por mí a mi marido y a mi hija tras mi infarto” (5)*
- ❖ *“Ha pasado, es hormonal” (6)*



- ❖ *“El oncólogo me dijo que era hormonal y yo pensé que ha sido por las pastillas para no quedarme embarazada. Pero eso pasa cuando pasa” (7)*
- ❖ *“Me ha tocado. Desde los 45 años me he hecho las mamografías, pero vieron algo y me hacían control cada 6 meses y cada año por micros [microcalcificaciones]. Y quizá eso haya tenido algo que ver” (8)*
- ❖ *“Porque tenía que salirme” (9)*
- ❖ *“A todo esto (refiriéndose a los acontecimientos vitales negativos), lo tengo muy claro. Los disgustos. Cuando me vine de Granada y empecé a rehacer mi vida y conocí a mi actual pareja pensé: a ver qué me sale ahora” (12)*
- ❖ *“Me tocó, no pienso que se deba a nada concreto” (13)*
- ❖ *“Disgustos, estrés... He hecho muchas locuras con los anticonceptivos, a veces se me olvidaban, a veces los retomaba y otras los dejaba” (14)*
- ❖ *“Es un resacón de todo lo que llevo (refiriéndose a acontecimientos vitales negativos: el maltrato de ex pareja, más el aborto, más los problemas de alcohol y drogas de ex marido más la agresión de un desconocido)” (20)*
- ❖ *“Factores hormonales y estresantes” (23)*
- ❖ *“Problemas de estrés durante los dos últimos años” (25)*
- ❖ *“Todo lo que me he callado durante los problemas de alcoholismo de mi madre y, sobre todo, durante mi matrimonio (relación de maltrato físico y psicológico) tantos años” (26)*

- ❖ *“He sufrido mucho con mi marido y mis hijos: me he volcado con ellos y eso también me ha hecho sufrir muchísimo” (28)*
- ❖ *“A todo el sufrimiento que he pasado con los problemas con mi familia política y el maltrato sufrido por parte de mi hijo” (30)*
- ❖ *“Al estrés: mucho trabajo. Son muchas situaciones estresantes de allá para acá y además la casa” (33)*
- ❖ *“Me ha tocado” (37)*
- ❖ *“Una más de tantas mujeres afectadas” (40)*
- ❖ *“He padecido mucho en esta vida...” (44)*
- ❖ *“Porque me ha tocado” (47)*
- ❖ *“Pienso que es una cuestión hereditaria de mi madre” (48)*



### 7.1.2.2. *Atribuciones Causales Sin Causa Definida*

En esta categoría se contemplaron las respuestas de la muestra que ante la pregunta “¿A qué atribuye usted su cáncer de mama?” contenían en sus afirmaciones “no lo sé”, “no me lo explico”.

- ❖ *“No lo sé, quizá todo lo que me ha pasado... por enviudar tan joven. Pero yo estaba muy contenta porque mi hijo mayor iba a hacer la comunión. No sé muy bien a qué se debe” (2)*
- ❖ *“No lo sé, no como mal. Quizá se deba a mi obesidad” (4)*
- ❖ *“Estrés, soy más de interiorizar... No sé por qué me ha salido” (10)*
- ❖ *“No lo sé, tenía un bulto desde los 18 años, pero me dijeron que no era nada” (11)*
- ❖ *“No lo sé, siempre me miraban por unas durezas” (16)*
- ❖ *“Ni idea. No fumo ni bebo, o sea que ni idea” (17)*
- ❖ *“Pues no lo sé, yo pensaba que esto a mi edad ya no ocurría” (19)*
- ❖ *“No lo sé, yo siempre me miraba las mamas cuando tenía molestias, pero no sé por qué me ha salido ahora. También es verdad que yo siempre me he dedicado a proteger a los demás, nunca me he cuidado yo” (22)*
- ❖ *“No me lo explico: hago deporte y como sano” (27)*
- ❖ *“No lo sé, quizá sea un cúmulo de cosas. Siempre me he cuidado” (29)*

- ❖ *“No lo sé, siempre me he cuidado mucho” (31)*
- ❖ *“No lo sé, pero creo que al sufrir tanto con mi marido. Él siempre ha sido así y yo pensaba que iba a cambiar, pero no. Y también la muerte de mi madre un mes antes de mi diagnóstico. La cuidé durante 15 años todas las mañanas y por las tardes me dedicaba a cuidar de mis hijas” (32)*
- ❖ *“No lo sé, he sufrido mucho, también es verdad. Igual eso influye con otros factores” (35)*
- ❖ *“No lo sé, francamente. Aún sigo dándole vueltas a eso” (38)*
- ❖ *“Tipo hormonal, posiblemente por parte materna, pero no lo sé seguro” (42)*
- ❖ *“Ahora me han dicho que es hormonal, es eso. Porque yo nunca he estado mala. Y siempre he hecho prevención cada año y mamografía cada dos. No me lo explico” (43)*
- ❖ *“No lo sé, toda mi vida me he mirado y no había notado nada. Quizá fuese el balonazo en ese pecho que me dieron un mes antes del diagnóstico” (45)*
- ❖ *“No lo sé, llevo una vida muy ordenada. No fumo y no bebo” (46)*

### 7.1.2.3. *Atribuciones Causales Dubitativas*

En esta categoría se contemplaron las respuestas de la muestra que ante la pregunta “¿A qué atribuye usted su cáncer de mama?” contenían en sus afirmaciones “creo” o “no tengo una causa clara” pero manifestaban posibles factores.

- ❖ *“Alimentación y aguantar todo lo que he aguantado con mi padre, con mis hermanas y con mi ex pareja. **Creo** que todo eso puede haber afectado” (15)*
- ❖ *“Antes de mi diagnóstico pensaba que solo se heredaba. Ahora sé que no, **creo** que igual el estrés influye porque el año antes de mi diagnóstico fue muy intenso” (21)*
- ❖ *“Cúmulo de cosas: alimentación, radiaciones, estrés. Pero de forma general, **no tengo una causa clara**” (34)*
- ❖ *“**Creo** que sufrí mucho con mi matrimonio y mi separación, pero no sé si tendrá que ver. También la muerte de mi madre, la echo mucho de menos...” (36)*
- ❖ *“**Creo** que a una cuestión hormonal, aunque también pienso que puede haber influido mi estado de ánimo y mi vida sedentaria” (39)*
- ❖ *“**Creo** que mi cuerpo genera tumores por varios sitios” (tiene otro a nivel cerebral, según refiere) (41)*

- ❖ *“Creo que a todo esto (refiriéndose a sucesos vitales negativos), he sufrido mucho. No sé si tiene que ver, pero seguro que algo ha influido” (49).*

#### 7.1.2.4. Ausencia de planteamiento

En esta categoría se contemplaron las respuestas de la muestra que ante la pregunta “¿A qué atribuye usted su cáncer de mama?” contenían en sus respuestas referencias a no habérselo planteado.

- ❖ *“Tampoco me lo he planteado, me ha salido porque me tenía que salir” (18)*
- ❖ *“Nunca me lo había planteado” (24)*
- ❖ *“No me he parado a pensarlo. Si lo pienso, en mi familia hay cáncer, pero de mama soy la primera...” (50)*

En la Tabla 13 se recogen a modo de resumen la frecuencia y el porcentaje de la clasificación de las atribuciones sobre el cáncer de mama en función del grado de certeza en la causa.

Tabla 13. Clasificación de las Atribuciones Causales sobre el Cáncer de Mama en función del grado de certeza

	Frecuencia	%	N.º sujeto muestra
Atribuciones Categóricas	22	44%	5, 12, 20, 25, 26, 28, 30, 33, 44, 1, 3, 6, 48, 14, 23, 9, 37, 47, 13, 40, 8, 7
Atribuciones Sin Causa Definida	18	36%	32, 10, 2, 42, 4, 11, 16, 45, 43, 35, 22, 29, 19, 31, 17, 27, 46, 38
Atribuciones Dubitativas	7	14%	21, 36, 49, 41, 15, 39, 34
Ausencia de Planteamiento	3	6%	50, 18 y 24

Como puede observarse, los porcentajes más elevados se acumulan en las categorías de Atribuciones Categóricas (44%, n=22) y Atribuciones Sin Causa Definida (36%, n=18). Un 14% tiene dudas acerca de la causa (n=7) y el 6% de la muestra no se ha planteado nunca la causa de su cáncer de mama (n=3).

### 7.1.3. Tipo de Atribución y Grado de Certeza en la Atribución

A continuación, se muestran por gráficos de sectores el *Grado de Certeza* indicado para cada *Tipo de Atribución Causal*.

En primer lugar, el *Diagrama 1* muestra la proporción de los Grados de Certeza en aquellas mujeres que realizaron atribuciones Psicosociales sobre su cáncer de mama (n=15).

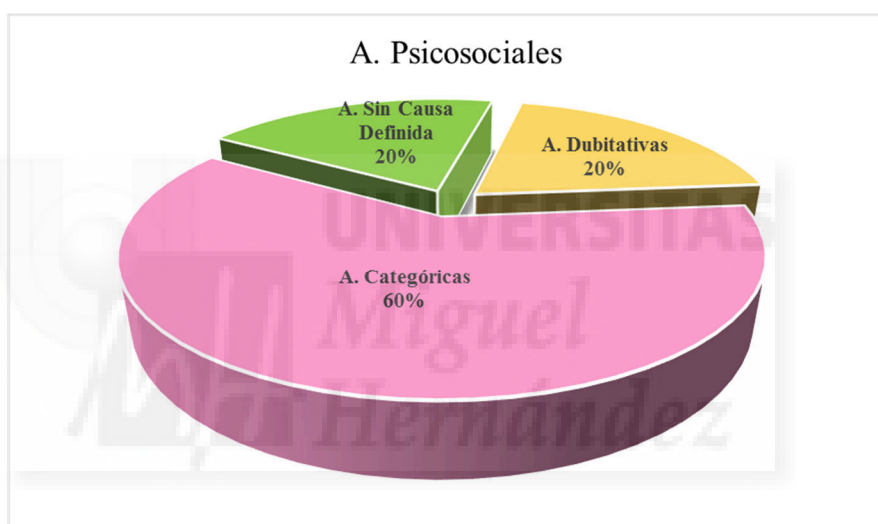


Diagrama 1. Proporción del Grado de Certeza en las Atribuciones Psicosociales

Como puede observarse, el 60% de mujeres que realiza una *Atribución Psicosocial* del origen de su cáncer de mama se muestran *Categóricas* en su afirmación (por ejemplo, “*Mucho sufrimiento, he visto padecer mucho por mí a mi marido a mi hija tras mi infarto*”, expresado por la paciente 5)



En segundo lugar, el *Diagrama 2* muestra la distribución de los Grados de Certeza en aquellas mujeres que realizan Atribución Biológicas de su cáncer de mama (n=12).

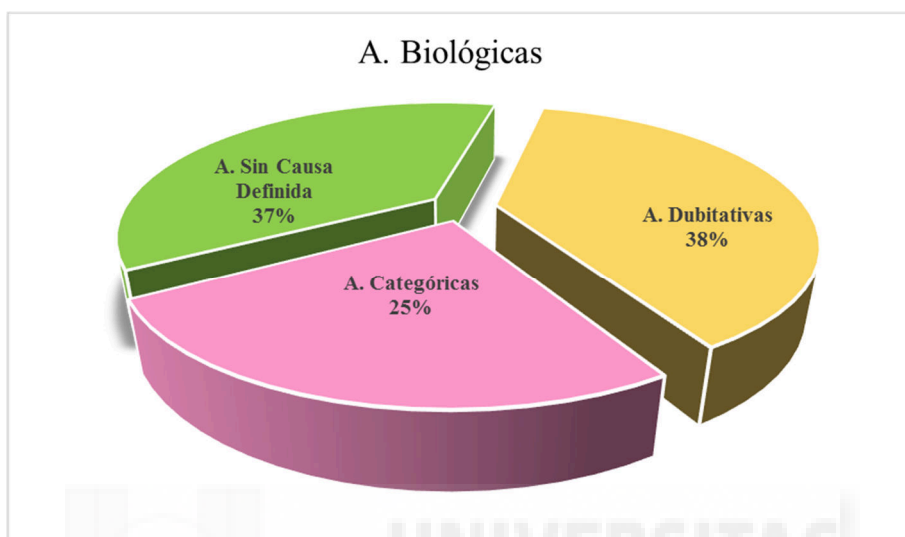


Diagrama 2. Proporción del Grado de Certeza en las Atribuciones Biológicas

Como puede apreciarse, las mujeres que realizan una Atribución Biológica sobre su cáncer de mama presentan un grado de certeza distribuido en tres categorías: así el 25% de este grupo se muestra categórica en su afirmación (por ejemplo: *“Ha pasado, es hormonal”*; paciente 6), el 37% se agrupa en la categoría sin causa definida (por ejemplo: *“No lo sé, no como mal... Quizá se deba a mi obesidad”*; paciente 4), y el 38% se agrupa en la categoría dubitativa (por ejemplo: *“Creo que mi cuerpo genera tumores por varios sitios”*; paciente 41).

En tercer lugar, el *Diagrama 3* muestra la distribución de los Grados de Certeza en aquellas mujeres que realizan una Atribución Psicobiológica de su cáncer de mama (n=8).

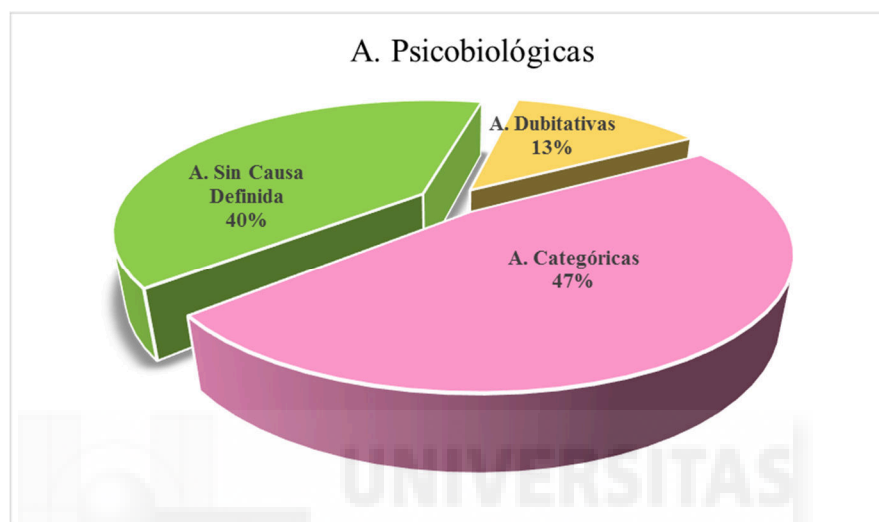


Diagrama 3. Proporción del Grado de Certeza en las Atribuciones Psicobiológicas

Como puede apreciarse, las mujeres que realizan una Atribución Psicobiológica del origen de su cáncer de mama se distribuyen en tres categorías de grado de certeza. Así el 47% de ellas se muestra categórica en su afirmación (por ejemplo, *“Disgustos, estrés... He hecho muchas locuras con los anticonceptivos, a veces se me olvidaban, a veces los retomaba y otras los dejaba”*, expresado por la paciente 14); el 40% de las mujeres se sitúa en la categoría sin causa definida (por ejemplo: *“No lo sé, quizá sea un cúmulo de cosas. Siempre me he cuidado mucho”*; paciente 29); y el 13% se muestra dubitativa acerca del origen de su enfermedad (por ejemplo: *“Creo que a una cuestión hormonal, aunque también pienso que puede haber influido mi estado de ánimo y mi vida sedentaria”*; paciente 39 ).

En cuarto lugar, el *Diagrama 4* muestra la distribución de los Grados de Certeza en aquellas mujeres que realizan una Atribución de su cáncer de mama categorizado como Azar, Mala Suerte o Destino (n=15).

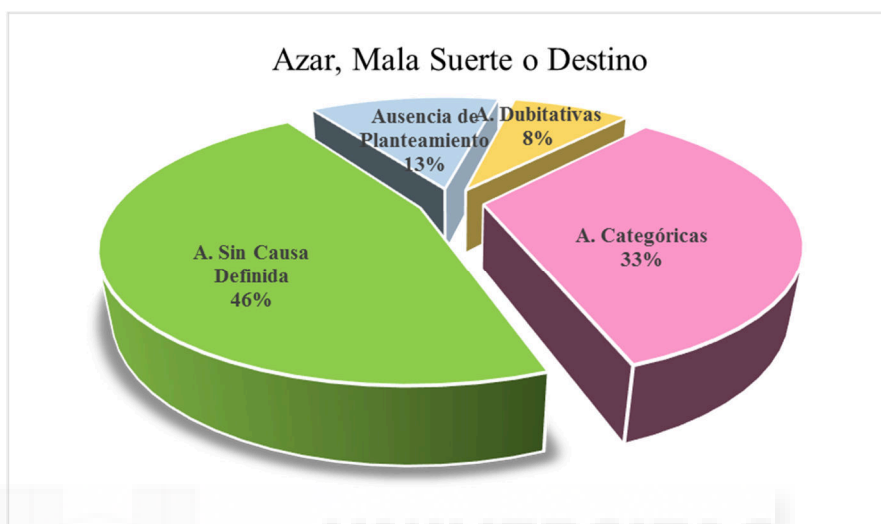


Diagrama 4. Proporción del Grado de Certeza en las Atribuciones categorizadas como Azar, Mala Suerte o Destino

Como se observa, un 46% de las mujeres que realizan Atribución al Azar, Mala Suerte o Destino, lo hacen en la categoría Sin Causa definida (por ejemplo, *“No lo sé, francamente, aún sigo dándole vueltas a eso”*, expresado por la paciente 38) y un 33% lo hacen con un grado de certeza categorizado como Categórico (por ejemplo: *“Me ha tocado”*; paciente37).

## 7.2. FACTORES DE ESTRÉS

### 7.2.1. Factores Externos de Estrés: Acontecimientos Vitales Estresantes

#### 7.2.1.1. *Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos Años Previos al Diagnóstico*

En referencia a los resultados relativos a la *Escala de Acontecimientos Vitales*, se presentan los datos en función de las tres variables extraídas del cuestionario: a) *El número total de acontecimientos vitales estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico*, b) *Las Unidades de Cambio Vital* y c) *El tipo de acontecimiento vivido*.

La Tabla 14 presenta los datos relativos a la media, la desviación típica y el rango del *Número total de acontecimientos vitales estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico* y de las *Unidades de Cambio Vital*.

Tabla 14. Descriptivos de las variables Número Total de Sucesos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico y Unidades de Cambio Vital

Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
<i>Número Total de Sucesos Vitales en los dos años previos al diagnóstico</i>			
6,700	3,394	1	17
<i>Unidades de Cambio Vital</i>			
384,540	191,629	70	1007

En la Tabla 15 se presentan las frecuencias y porcentajes referidos al *Número total de acontecimientos vitales estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico*. Como puede observarse, los porcentajes más elevados se sitúan en las mujeres que han vivido entre 4 y 8 acontecimientos vitales estresantes en los dos años previos al diagnóstico de cáncer de mama, representando el 60% de la muestra total de estudio.

Tabla 15. Descriptivos del Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados en los años previos al diagnóstico

N.º Total de AVE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentajes acumulados
1	1	2,0	
2	3	6,0	16%
3	4	8,0	
<b>4</b>	<b>5</b>	<b>10,0</b>	
<b>5</b>	<b>7</b>	<b>14,0</b>	
<b>6</b>	<b>7</b>	<b>14,0</b>	<b>60%</b>
7	6	12,0	
<b>8</b>	<b>5</b>	<b>10,0</b>	
9	4	8,0	
10	2	4,0	
11	1	2,0	
12	1	2,0	24%
13	1	2,0	
14	2	4,0	
17	1	2,0	
Total		100,0	100,0

La Tabla 16 recoge la variable *Tipo de Acontecimiento Vital Estresante* experimentado en los dos años previos al diagnóstico, así como su frecuencia. Los ítems 9 (*embarazo no deseado*), 11 (*aborto no deseado*), 27 (*jubilación*), 38 (*ingresos aumentados sustancialmente*), y 53 (*cambio en las opiniones políticas*), no fueron señalados por ningún participante, por lo que no han sido incluidos en la tabla.

Tabla 16. Descriptivos de los ítems de la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico

Ítem	Acontecimiento Vital Estresante	Frecuencia	Porcentaje
17.	Muerte de un familiar cercano	21	<b>42</b>
55.	Cambios en el ritmo de sueño	20	<b>40</b>
18.	Enfermedad o mejoría de la enfermedad de un miembro cercano	19	<b>38</b>
22.	Problemas con vecinos o familiares que no viven en casa	16	<b>32</b>
26.	Quedarse sin empleo	12	<b>24</b>
15.	Dificultades en la educación de los hijos	12	<b>24</b>
14.	Dificultades sexuales	12	<b>24</b>
56.	Cambio en las costumbres alimenticias o de apetito	11	<b>22</b>
35.	Cambio de horario o de las condiciones del trabajo	10	<b>20</b>
41.	Problema legal menor (multa, borrachera)	9	18
36.	Problemas con compañeros de trabajo	8	16
32.	Problemas mayores en el trabajo	8	16
25.	Hijos lejos del hogar	8	16
19.	Incorporación de un nuevo miembro a la familia	8	16
7.	Enamorarse o iniciar una amistad íntima	8	16
45.	Cambio de casa	7	14
44.	Muerte de un amigo	7	14
21.	Ruptura de la familia (separación de padres o de un hijo con la pareja)	7	14
51.	Cambios en las costumbres personales (de salir, de vestir...)	7	14
20.	Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar	7	14
37.	Préstamo o hipoteca	6	12
60.	Enfermedad prolongada propia que requiere tratamiento médico	6	12
39.	Ingresos disminuidos sustancialmente	6	12
2.	Separación	6	12
3.	Divorcio	6	12
61.	Repentino y serio deterioro de la audición y/o visión	5	10
50.	Reformas en casa	5	10
59.	Problemas relacionados con el alcohol o drogas	4	8
54.	Cambios en las costumbres sociales	4	8
43.	Enfermedad o accidente que requiera guardar cama	4	8
5.	Reconciliación	4	8
57.	Vacaciones fuera de casa	3	6
47.	Accidente o situación de violencia física	3	6
40.	Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento	3	6
33.	Nuevo empleo en la misma línea de trabajo	3	6
29.	Cambio de lugar de trabajo	3	6
28.	Despido	3	6
8.	Embarazo planificado	3	6
6.	Ruptura de noviazgo o relación similar	3	6
1.	Muerte del esposo/a o compañero/a	2	4
12.	Relación sexual al margen del matrimonio o de la relación de pareja	2	4
34.	Nuevo empleo en nueva línea de trabajo	2	4
42.	Complicación en una pelea	2	4
23.	Desaparición de problemas con los vecinos o familiares que no viven en casa	2	4
16.	Hijos bajo el cuidado de otras personas	2	4
46.	Compra de casa	2	4
4.	Matrimonio	1	2
10.	Aborto provocado	1	2
13.	Ruptura de la relación sexual al margen de la relación de pareja	1	2

Viene de la página anterior. Continuación Tabla 16.

Ítem	Acontecimiento Vital Estresante	Frecuencia	Porcentaje
24.	Periodo de alejamiento del hogar	1	2
30.	La pareja comienza o deja de trabajar fuera de casa	1	2
31.	Ascenso en el trabajo	1	2
48.	Éxito personal de gran envergadura	1	2
49.	Exámenes	1	2
52.	Cambio en las opiniones religiosas	1	2
58.	Fiesta de Navidad o Reyes	1	2

Como puede observarse, los porcentajes más elevados en cuanto a frecuencia corresponden a sucesos referidos a: *muerte de un familiar cercano* (42%, n=21); cambios en el ritmo de sueño (40%, n=20); *enfermedad o mejoría de la enfermedad de un miembro cercano* (38%, n=19). Seguidamente, encontramos *problemas con vecinos o familiares que no viven en casa* (32%, n=16); *quedarse sin empleo* (24%, n=12); *dificultades en la educación de los hijos* (24%, n=12) y *dificultades sexuales* (24%, n=12). Si contemplamos de forma aditiva ambos ítems, fueron señalados por el 24% de la muestra (n=12) un *divorcio* (ítem 3) y una *separación* (ítem 2) como *Acontecimiento Vital Estresante* en los dos años previos al diagnóstico. En último lugar destacan también los ítems referidos a *cambios en las costumbres alimenticias o de apetito* (22%, n=11) y *cambio de horario o de las condiciones del trabajo* (20%, n=10).

#### 7.2.1.2. *Acontecimientos Vitales Negativos a lo largo de Toda la Vida*

Tal y como ha sido descrito en el apartado relativo al Método, todos los *Acontecimientos Vitales Negativos vividos a lo largo de la vida* referidos por las participantes del estudio fueron clasificados en ocho categorías: “Diagnóstico propio de

cáncer”, “Muerte de seres queridos”, “Enfermedades graves de seres queridos”, “Malos tratos o Abusos sexuales”, “Conflictos de relación con seres queridos”, “Problemas propios de salud diferentes al cáncer de mama”, “Problemas económicos”, y “Otros problemas”. En la Tabla 17 se muestran las frecuencias y porcentajes de cada categoría.

Tabla 17. Descriptivos de los Acontecimientos Vitales Negativos vividos a lo largo de toda la vida

Categoría	Frecuencia	Porcentaje de la muestra
Diagnóstico propio de cáncer	41	<b>82%</b>
Muerte de seres queridos	38	<b>76%</b>
Enfermedades graves de seres queridos	22	44%
Conflictos de relación con seres queridos	20	40%
Problemas propios de salud (diferentes del cáncer de mama)	14	28%
Otros problemas	12	24%
Malos tratos/abusos sexuales	11	22%
Problemas económicos	5	10%

Como puede observarse los porcentajes más elevados se observan en el *propio diagnóstico de cáncer* (82%, n=41) y en la *muerte de seres queridos* (76%, n=38).

A pesar de que en un principio se pidió que las participantes señalaran en una escala de 0 a 10 el grado de Impacto del Acontecimiento Vital descrito, donde 0 significaba poco impacto y 10 muchísimo impacto, finalmente se descartó su manejo en el presente trabajo puesto que todas las puntuaciones oscilaban entre 9 y 10.



### 7.2.2. Factores Internos de Estrés: Índice de Reactividad al Estrés

En cuanto a los resultados obtenidos a partir del cuestionario *Índice de Reactividad al Estrés*, la Tabla 18 recoge los datos descriptivos de los cuatro factores que lo componen, así como de la puntuación total.

Tabla 18. Descriptivos del Índice de Reactividad al Estrés

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
IRE Vegetativo	2,0800	0,68359	0,33	3,47
IRE Emocional	2,4480	0,64087	0,80	3,40
IRE Cognitivo	1,7160	0,85913	0,20	3,60
IRE Conductual	1,8143	0,75552	0,57	3,29
IRE Global	2.0245	0,65138	0,43	3,03

Como puede observarse, la media de puntuaciones en todos los factores, y en el *IRE Global*, es superior a 1, considerándose muy elevada. La puntuación media más elevada la presenta el *IRE Emocional* con 2.44 puntos de media (DT= 0.64; Rango= 0.80-3.40), seguida de la media del *IRE Vegetativo* con 2.08 puntos (DT=0.68; Rango=0.33-3.47) y de la puntuación Global con 2.02 puntos (D=0.65; Rango=0,43-3,03). En último lugar se hallan la media del *IRE Conductual* y del *IRE Cognitivo* con unas medias de 1'81 (DT=0,75; Rango= 0,57 – 3,29) y 1'72 (DT= 0,85; Rango= 0,20 – 3,60) respectivamente.

En cuanto a las correlaciones entre la puntuación Global y los factores del IRE, tal y como puede observarse en la Tabla 19, todas ellas son significativas al nivel 0.01,

siendo la más alta la del *IRE Conductual* ( $r=0,976$ ), seguida del *IRE Vegetativo* ( $r=0,745$ ). En tercer y cuarto lugar se hallan las correlaciones entre la puntuación total y el *IRE Emocional* ( $r=0,721$ ) y la puntuación total y el *IRE Cognitivo* ( $r=0,640$ ).

Por lo que respecta a las correlaciones entre los factores, puede observarse que todas ellas son significativas al nivel 0.01, a excepción de las correlaciones entre el *IRE Vegetativo* y el *IRE Cognitivo* ( $r=0,356$ ) y el *IRE Cognitivo* y el *IRE Emocional* ( $r=0,353$ ), que lo hacen a un nivel de significación de 0,05.

Tabla 19. Correlaciones de la Puntuación Global del IRE y los distintos factores

	IRE total	IRE Vegetativo	IRE Emocional	IRE Cognitivo	IRE Conductual
IRE Global	1,000	,745**	,721**	,640**	,976**
IRE Vegetativo	,745**	1,000	,582**	,356*	,720**
IRE Emocional	,721**	,582**	1,000	,353*	,686**
IRE Cognitivo	,640**	,356*	,353*	1,000	,590**
IRE Conductual	,976**	,720**	,686**	,590**	1,000

\*\* $p \leq 0,01$

\*  $p \leq 0,05$

### 7.2.3. Relaciones entre los Factores Externos e Internos de Estrés

Los resultados de las relaciones entre los *Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico* y la *Reactividad al Estrés* se muestran en la Tabla 20.

Tabla 20. Correlaciones de los Factores Externos e Internos de Estrés

	IRE Veget.	IRE Emoc.	IRE Cog.	IRE Cond.	IRE Global
Número Total de Acont. Vitales Estresantes	<b>,397**</b>	,202	,268	<b>,398**</b>	<b>,401**</b>
Unidades de Cambio Vital	<b>,398**</b>	,198	,216	<b>,388**</b>	<b>,391**</b>

\*\*  $p \leq 0,01$   
\*  $p \leq 0,05$

En primer lugar, podemos observar una relación estadísticamente significativa y positiva entre el *Índice de Reactividad al Estrés Vegetativo* y el *Número total de sucesos vitales experimentados en los dos años previos al diagnóstico* ( $r=0,397$ ;  $p=0,004$ ), es decir, mayor reactividad al estrés de tipo vegetativo cuantos más sucesos vitales en los dos años previos al diagnóstico se han vivido y viceversa.

En segundo lugar, se observa también relación estadísticamente significativa y positiva entre el *Índice de Reactividad al Estrés Conductual* y el *Número total de sucesos vitales experimentados en los dos años previos al diagnóstico* ( $r=0,398$ ;  $p=0,004$ ), es decir, más reactividad al estrés de tipo conductual cuantos más sucesos vitales en los dos años previos al diagnóstico se han vivido y viceversa.

En tercer lugar, también se aprecia relación estadísticamente significativa y positiva entre el *Índice de Reactividad al Estrés Total* y el *Número total de sucesos vitales experimentados en los dos años previos al diagnóstico* ( $r=0,401$ ;  $p=0,004$ ), es decir, mayor reactividad al estrés global cuantos más sucesos vitales en los dos años previos al diagnóstico se han vivido y viceversa.

De igual forma, se aprecian relaciones estadísticamente significativas y positivas entre las *Unidades de Cambio Vital* y el *Índice de Reactividad al Estrés Vegetativo* ( $r=0,398$ ;  $p=0,004$ ), así como con el *Índice de Reactividad al Estrés Conductual* ( $r=0,388$ ;  $p=0,005$ ).

Por último, se observa también relación estadísticamente significativa y positiva entre las *Unidades de Cambio Vital* y el *Índice de Reactividad al Estrés Total* ( $r=0,391$ ;  $p=0,005$ ), es decir, mayor reactividad al estrés cuantas más unidades de cambio vital experimentadas y viceversa.

### 7.3. ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA

#### 7.3.1. Estado Emocional: Ansiedad y Depresión

A continuación, se describen los resultados relativos al *Estado Emocional*. La Tabla 21 presenta la media, la desviación estándar y los rangos de ambas variables.

Tabla 21. Descriptivos del Estado Emocional

<u>Ansiedad</u>			
Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
9.50	3.99	2	20
<u>Depresión</u>			
Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
6.54	4.57	0	19

Como puede observarse la puntuación media de la muestra en la subescala *Ansiedad* es de 9.50 puntos (DT = 3.99; Rango = 2 – 20) y en la subescala *Depresión* es de 6.54 puntos (DT = 4.57; Rango= 0-19). Atendiendo a los puntos de corte validados para la población oncológica, ambas puntuaciones se sitúan por encima de las puntuaciones consideradas patológicas.

En cuanto a la relación entre ambas variables, la *r* de Spearman arrojó un valor de 0.773 ( $p \leq 0,01$ ), siendo por tanto una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables.

### 7.3.2. Crecimiento Postraumático

En la Tabla 22 se presentan los descriptivos de la puntuación Global, así como de cada uno de los factores que componen la variable *Crecimiento Postraumático*.

Tabla 22. Descriptivos del Crecimiento Postraumático

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
<i>Cambio en la Apreciación de la Vida</i>	20,51	7,228	1,0	30,0
<i>Cambio en la Relación con los Demás</i>	24,57	7,294	2,0	35,0
<i>Cambio en la Fuerza Personal</i>	16,71	5,880	1,0	25,0
<i>Cambio Espiritual/y Religioso</i>	7,26	3,833	0,0	12,0
<i>Puntuación Global</i>	68,56	21,794	4,0	100,0

Como puede observarse, el *Cambio en la Apreciación de la Vida* presenta una media de 20.51 puntos (DT=7.22; Rango=1-30), el *Cambio en la Relación con los Demás* presenta una media de 24.57 puntos (DT = 7.29; Rango = 2-35), El *Cambio en la Fuerza Personal* una media de 16.71 puntos (DT = 5.88; Rango= 1-25) y el *Cambio Espiritual y Religioso* obtiene una media de 7.2 puntos (DT=3.83; Rango=0-13). Por último, la media de la *Puntuación Global* se sitúa en 68.56 puntos (DT=21.79; Rango= 4-100). Dado que mayor puntuación es indicativa de mayor cambio, el cambio general de la muestra a partir de la puntuación Global ha sido de 68'56 puntos en la escala de 0 a 100.

En cuanto a las correlaciones de los factores entre sí y entre éstos y la puntuación Global, como puede observarse en la Tabla 23, todas son significativas en el nivel 0,01.

En concreto, la correlación más elevada la encontramos entre el factor *Cambio en la Relación con los Demás* y la puntuación *Global* del ICP ( $r=0,885$ ), seguida de la correlación entre el factor *Cambio en la Apreciación de la Vida* y la puntuación *Global* ( $r=0,862$ ) y de la correlación entre *Cambio en la Fuerza Personal* y la Puntuación *Global* ( $r=0,819$ ). En cuanto al cuarto factor, *Cambio Espiritual y Religioso*, los datos muestran una correlación con la Puntuación *Global* de  $0,677$ .

Sobre las correlaciones entre los factores, destacan como más elevadas las resultantes entre el *Cambio en la Apreciación de la Vida* y el *Cambio en la Relación con los Demás* ( $r=0,687$ ), la correlación entre *Cambio en la Apreciación de la Vida* y *Cambio en Fuerza Personal* ( $r=0,669$ ) y la correlación entre *Cambio en la Relación con los Demás* y *Cambio en la Fuerza Personal* ( $r=0,666$ ).

A nivel general, estos datos indican que cuanto más cambio se experimenta en uno de los factores, más cambio se experimenta en los otros tres, siendo más fuerte la asociación entre los tres primeros (*Cambio en la Apreciación de la Vida*, *Cambio en la Relación con los Demás* y *Cambio en la Fuerza Personal*). Por otra parte, los datos también indican que cuanto más cambio se experimenta en cualquiera de los factores, más *Crecimiento Postraumático* hay asociado.

Tabla 23. Correlaciones de los factores del Índice de Crecimiento Postraumático

	Puntuación Global	CAV	CRD	CFP	CER
Punt. Global	1,000	<b>,862**</b>	<b>,885**</b>	<b>,819**</b>	<b>,677**</b>
CAV	<b>,862**</b>	1,000	<b>,687**</b>	<b>,669**</b>	<b>,494**</b>
CRD	<b>,885**</b>	<b>,687**</b>	1,000	<b>,666**</b>	<b>,468**</b>
CFP	<b>,819**</b>	<b>,669**</b>	<b>,666**</b>	1,000	<b>,537**</b>
CER	<b>,677**</b>	<b>,494**</b>	<b>,468**</b>	<b>,537**</b>	1,000

\*\*  $p \leq 0,01$

CAV= Cambio en la Apreciación de la Vida

CRD= Cambio en la Relación con los Demás

CFP = Cambio en la Fuerza Personal

CER = Cambio Espiritual y/o Religioso





### 7.3.3. Relaciones entre el Estado Emocional y el Crecimiento Postraumático

La Tabla 24 presenta los resultados de las relaciones entre las variables *Ansiedad* y *Depresión* y las variables del *Crecimiento Postraumático*.

Tabla 24. Correlaciones del Estado Emocional y el Crecimiento Postraumático

	Ansiedad	Depresión
Cambio en la Apreciación de la Vida	-,243	<b>-,327*</b>
Cambio en las Relación con los Demás	-,080	-,205
Cambio en la Fuerza Personal	<b>-,310*</b>	<b>-,317*</b>
Cambio Espiritual y Religioso	-,104	-,252
Puntuación del ICP Global	-,183	<b>-,297*</b>

\* p ≤ 0,05

En primer lugar, se observa relación estadísticamente significativa y negativa entre la variable *Depresión* y las variables *Cambio en la Apreciación de la Vida* ( $r=-0,327$ ;  $p=0,020$ ), *Cambio en la Fuerza Personal* ( $r=-0,317$ ;  $p=0,025$ ), y la *Puntuación Global del ICP* ( $r=-0,297$ ;  $p=0,036$ ). Es decir, a mayor cambio en la apreciación de la vida menor depresión y viceversa, y a mayor cambio en la fuerza personal menor depresión y viceversa, y a mayor crecimiento postraumático general menor depresión y viceversa.

Por otra parte, se observa una relación estadísticamente significativa y negativa entre la variable *Ansiedad* y *Cambio en la Fuerza Personal* ( $r=-0,310$ ;  $p=0,29$ ), es decir, a menor ansiedad mayor cambio en la fuerza personal y viceversa.



## **7.4. RELACIONES DE LAS ATRIBUCIONES CAUSALES CON LOS FACTORES DE ESTRÉS Y CON LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA**

### **7.4.1. Atribuciones Causales y los Factores de Estrés**

Los análisis realizados no arrojaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de Estrés en función del Tipo y del Grado de Certeza de las Atribuciones.

En los dos subapartados siguientes se presentan las tablas de estos análisis.

#### **7.4.1.1. *Atribuciones Causales y Factores Externos de Estrés***

Las Tablas 25 a 28 presentan los análisis descriptivos de cada una de las categorías de Atribuciones Causales, junto con el análisis de diferencias correspondiente.

Así, la Tabla 25 muestra en la primera columna los Tipos de Atribución, en la segunda el n de cada grupo, y en las columnas siguientes se muestran la media, la desviación estándar y las puntuaciones mínimas y máximas obtenidas por cada Tipo de Atribución, en la variable número de AVE en los dos años previos al diagnóstico. La última fila de la tabla muestra el análisis de diferencias. Como puede observarse las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los Tipos de Atribución ( $\chi^2=5.095$ ;  $p=0.165$ ).

Tabla 25. Diferencias Tipo de Atribuciones Causales y N.º Total de AVE en los dos años previos al diagnóstico

		N.º Total de AVE			
		Media AVE	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
n					
Atr. Causal Psicosocial	15	7,00	3,9460	3	17
Atr. Causal Biológica	8	9,00	3,2950	4	14
Atr. Causal Psicobiológica	15	6,00	3,2950	1	14
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	5,66	2,2292	2	9

$\chi^2=5.095$ ;  $p=0.165$

La tabla 26 muestra los descriptivos (media, desviación estándar, mínimo y máximo) de las Unidades de Cambio Vital para cada una de las cuatro categorías Tipo de Atribución Causal. El análisis de diferencias no fue estadísticamente significativo.

Tabla 26. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Unidades de Cambio Vital en los dos años previos al diagnóstico

		Media (UCV)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
n					
Atr. Causal Psicosocial	15	401,400	233,997	156	1007
Atr. Causal Biológica	8	479,750	151,167	271	684
Atr. Causal Psicobiológica	15	365,333	204,029	70	851
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	324,000	122,008	108	488

$\chi^2= 4,391$   $p=0.222$

La Tabla 27 muestra los descriptivos (media, desviación estándar, mínimo y máximo) del número de AVE de los dos años previos al diagnóstico para cada una de las

cuatro categorías Grado de Certeza en Atribución Causal. El análisis de diferencias no fue estadísticamente significativo.

Tabla 27. Diferencias Grado de Certeza y N.º Total de AVE en los dos años previos al diagnóstico

	n	Media (AVE)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Categóricas	22	8,1364	3,6291	4	17
Atr. Sin Causa Definida	18	5,2778	2,6078	1	12
Atr. Causal Dubitativas	7	6,4286	3,3094	2	11
Ausencia de Planteamiento	3	5,3333	3,0550	2	8
					$\chi^2=7,061$ p= 0.070

La Tabla 28 muestra los descriptivos (media, desviación estándar, mínimo y máximo) de las Unidades de Cambio Vital (UCV) de los dos años previos al diagnóstico para cada una de las cuatro categorías de Tipo de Atribución Causal. El análisis de diferencias no fue estadísticamente significativo.

Tabla 28. Diferencias Grado de Certeza y Unidades de Cambio Vital en los dos años previos al diagnóstico

	N	Media (UCV)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Categóricas	22	462,227	210,989	202	1007
Atr. Sin Causa Definida	18	309,833	149,216	70	675
Atr. Causal Dubitativas	7	361,142	168,364	108	533
Ausencia de Planteamiento	3	317,666	180,898	110	441
					$\chi^2=6,209$ p= 0,102

#### 7.4.1.2. *Atribuciones Causales y Factores Internos de Estrés*

Las tablas 29 a 33 recogen los análisis descriptivos de los diferentes factores del Índice de Reactividad al Estrés en función del Tipo de Atribución Causal, así como su correspondiente análisis de diferencias.

Las tablas siguen la misma estructura que en el apartado anterior, por lo que para agilizar la lectura y evitar redundancias sólo se presentan las tablas.

Como puede observarse en la última fila de cada tabla se presentan los datos del análisis de diferencias que en ningún caso fue estadísticamente significativo.

Tabla 29. Diferencias IRE Global y Tipo de Atribución Causal

	n	Media (IRE Global)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	2,7878	1,29331	0,33	3,44
Atr. Causal Biológica	8	2,4202	1,38912	1,18	4,00
Atr. Causal Psicobiológica	15	2,1178	1,94374	1,33	3,85
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	2,5474	1,91500	1,73	3,05

$\chi^2=1'364$  p= 0.714

Tabla 30. Diferencias IRE Vegetativo y Tipo de Atribución Causal

	n	Media (IRE Vegetativo)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	2,1911	0,4341	1,33	3,00
Atr. Causal Biológica	8	1,7167	0,4461	1,00	2,40
Atr. Causal Psicobiológica	15	2,057	0,9042	0,33	3,47
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	2,211	0,7362	1,13	3,33
					$\chi^2=3,646$ p= 0,302

Tabla 31. Diferencias IRE Emocional y Tipo de Atribución Causal

	n	Media (IRE Emocional)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	2,6933	0,4949	1,60	3,40
Atr. Causal Biológica	8	2,500	0,7010	1,40	3,20
Atr. Causal Psicobiológica	15	2,1733	0,7887	0,80	3,20
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	2,4500	0,4757	1,40	3,00
					$\chi^2=3,578$ p= 0,140

Tabla 32. Diferencias IRE Cognitivo y Tipo de Atribución Causal

	n	Media (IRE Cognitivo)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	1,533	0,7880	0,80	3,60
Atr. Causal Biológica	8	2,250	0,9242	1,20	3,40
Atr. Causal Psicobiológica	15	1,506	0,7814	0,20	3,20
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	1,850	0,9189	0,40	3,60
					$\chi^2=5,269$ p=0,153

Tabla 33. Diferencias IRE Conductual y Tipo de Atribución Causal

	n	Media (IRE Conductual)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	1,933	0,6565	0,71	3,00
Atr. Causal Biológica	8	1,785	0,6829	1,00	2,86
Atr. Causal Psicobiológica	15	1,704	0,8125	0,57	3,29
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	1,8214	0,9058	0,57	3,00

$\chi^2=0,853$   $p=0,837$

Seguidamente las tablas 34 a 38 recogen los análisis descriptivos de los diferentes factores del Índice de Reactividad al Estrés en función del Grado de Certeza en la Atribución Causal, así como su correspondiente análisis de diferencias. En este caso igualmente, ningún resultado mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Tabla 34. Diferencias IRE Global y Grado de Certeza de la Atribución

	n	Media (IRE Global)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categóricas	22	2,541	0,7502	0,33	3,47
Atr. Sin Causa Definida	18	2,010	0,6645	1,13	3,33
Atr. Causal Dubitativas	7	1,798	0,4274	1,00	2,40
Ausencia de Planteamiento	3	1,865	0,7745	1,47	2,80

$\chi^2=2,704$   $p=0,508$



Tabla 35. Diferencias IRE Vegetativo y Grado de Certeza de la Atribución

	n	Media (IRE Vegetativo)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categóricas	22	2,172	0,7702	0,33	3,47
Atr. Sin Causa Definida	18	2,111	0,6559	1,13	3,33
Atr. Causal Dubitativas	7	1,771	0,4196	1,00	2,40
Ausencia de Planteamiento	3	1,933	0,7513	1,47	2,80
					$\chi^2=2,908$ $p=0,406$

Tabla 36. Diferencias IRE Emocional y Grado de Certeza de la Atribución

	n	Media (IRE Emocional)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categóricas	22	2,472	0,7702	0,33	3,47
Atr. Sin Causa Definida	18	2,377	0,6357	1,40	3,40
Atr. Causal Dubitativas	7	2,628	0,5219	1,60	3,20
Ausencia de Planteamiento	3	2,267	0,7571	1,40	2,80
					$\chi^2=1,451$ $p=0,694$

Tabla 37. Diferencias IRE Cognitivo y Grado de Certeza de la Atribución

	n	Media (IRE Cognitivo)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categóricas	22	1,763	0,8386	0,20	3,20
Atr. Sin Causa Definida	18	1,666	0,9725	0,40	3,60
Atr. Causal Dubitativas	7	1,742	0,8772	0,80	3,40
Ausencia de Planteamiento	3	1,600	0,5291	1,20	2,20
					$\chi^2=0,253$ $p=0,969$

Tabla 38. Diferencias IRE Conductual y Grado de Certeza de la Atribución Causal

	N	Media (IRE Conductual)	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categóricas	22	2,000	0,8020	0,57	3,29
Atr. Sin Causa Definida	18	1,6825	0,7694	0,57	3,00
Atr. Causal Dubitativas	7	1,632	0,6273	1,00	2,71
Ausencia de Planteamiento	3	1,666	0,5773	1,00	2,00

$\chi^2=2,205$   $p=0,531$



## 7.4.2. Relaciones de las Atribuciones Causales con la Adaptación al Cáncer de mama

### 7.4.2.1. Atribuciones Causales y Estado Emocional

Las tablas 39 y 40 recogen los análisis descriptivos de los factores del Estado Emocional en función del Tipo de Atribución (Tabla 39) y del Grado de Certeza en la Atribución (Tabla 40). Como puede observarse, los análisis de diferencias realizados no arrojaron diferencias estadísticamente significativas en ningún caso.

Tabla 39. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Estado Emocional

	n	Media Ansiedad	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	9,800	3,3636	5,00	15,0
Atr. Causal Biológica	8	9,500	2,4494	6,00	13,0
Atr. Causal Psicobiológica	15	8,133	4,0332	2,00	16,0
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	10,83	5,2368	5,00	20,0
					$x^2=2,524$ $p=0,471$
	n	Media Depresión	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	7,600	2,6939	4,00	12,0
Atr. Causal Biológica	8	7,375	5,0124	0,00	16,0
Atr. Causal Psicobiológica	15	4,466	4,0508	0,00	11,0
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	7,250	6,2103	1,00	19,0
					$x^2=4,736$ $p=0,192$

Tabla 40. Diferencias Grado de Certeza de la Atribución Causal y Estado Emocional

	n	Media Ansiedad	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categórica	22	9,681	3,7845	2,0	16,0
Atr. Sin Causa Definida	18	8,944	4,2905	4,0	20,0
Atr. Causal Dubitativa	7	10,571	4,0355	6,0	16,0
Ausencia de Planteamiento	3	9,000	5,1961	6,0	15,0

$$x^2=1,705 \quad p=0,636$$

	n	Media Depresión	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categórica	22	5,590	3,7500	0,00	12,0
Atr. Sin Causa Definida	18	7,000	5,3797	0,00	7,00
Atr. Causal Dubitativa	7	9,428	6,6904	5,00	16,0
Ausencia de Planteamiento	3	4,000	5,1961	1,00	10,0

$$x^2=4,525 \quad p=0,210$$

#### 7.4.2.2. Atribuciones Causales y Crecimiento Postraumático

Las Tablas 41 a 45 recogen los análisis descriptivos de las diferentes variables del Crecimiento Postraumático en función del Tipo de Atribución, así como sus correspondientes análisis de diferencias. Como puede observarse, en ningún caso las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Tabla 41. Diferencias Tipo de Atribución Causal e IPC Global

	n	Media IPC Global	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	67,46	21,629	4,00	92,0
Atr. Causal Biológica	8	67,37	15,193	32,0	79,0
Atr. Causal Psicobiológica	15	69,13	24,412	12,0	99,0
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	70,00	24,690	23,0	100
					$x^2=1,265$ $p=0,737$

Tabla 42. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Cambio en la Apreciación de la Vida (CAV)

	n	Media CAV	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	20,00	6,771	1,00	27,0
Atr. Causal Biológica	8	21,50	6,187	9,00	29,0
Atr. Causal Psicobiológica	15	20,06	7,914	3,00	30,0
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	20,66	8,127	5,00	30,0
					$x^2=0,381$ $p=0,944$

Tabla 43. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Cambio en la Relación con los Demás (CRD)

	n	Media CRD	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	24,20	8,108	2,00	34,0
Atr. Causal Biológica	8	24,25	4,803	15,0	31,0
Atr. Causal Psicobiológica	15	23,86	7,809	5,00	33,0
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	25,25	8,05	9,00	35,0
					$\chi^2=0,922$ $p=0,820$

Tabla 44. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Cambio en la Fuerza Personal (CFP)

	n	Media CFP	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	16,20	5,361	1,00	23,0
Atr. Causal Biológica	8	15,50	3,338	8,00	19,0
Atr. Causal Psicobiológica	15	17,33	6,388	3,00	25,0
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	17,00	7,434	5,00	25,0
					$\chi^2=3,372$ Sig.: 0,338

Tabla 45. Diferencias Tipo de Atribución Causal y Cambio Espiritual y/o Religioso (CER)

	n	Media CER	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Psicosocial	15	7,066	3,881	0,00	13,0
Atr. Causal Biológica	8	6,125	2,799	0,00	9,0
Atr. Causal Psicobiológica	15	7,866	4,340	0,00	13,0
Atr. Causal Azar, Mala Suerte, Destino	12	7,083	4,122	1,00	13,0
					$\chi^2=1,453$ $p=0,693$

Seguidamente, las Tablas 46 a 50 recogen los descriptivos de las diferentes variables del Crecimiento Postraumático en función del Grado de Certeza en la Atribución, así como sus correspondientes análisis de diferencias. En estos casos, y como puede observarse en la última fila de cada una de las tablas, los resultados del análisis de diferencias fueron en cada uno estadísticamente significativos.

Tabla 46. Diferencias IPC Global y Grado de Certeza de la Atribución

	n	Media IPC Global	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categórica	22	75,31	17,540	21,0	99,0
Atr. Sin Causa Definida	18	69,44	16,674	23,0	100,0
Atr. Causal Dubitativa	7	46,85	24,388	4,0	76,0
Ausencia de Planteamiento	3	64,33	45,544	12,0	95,0
$\chi^2=8,998$ $p=0,029$					

Tabla 47. Diferencias Grado de Certeza de la Atribución y Cambio en la Apreciación de la Vida (CAV)

	n	Media CAV	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categórica	22	22,50	5,604	6,0	30,0
Atr. Sin Causa Definida	18	20,50	6,051	5,0	30,0
Atr. Causal Dubitativa	7	13,71	7,994	1,0	25,0
Ausencia de Planteamiento	3	20,33	15,044	3,0	30,0
$\chi^2=8,252$ $p=0,041$					

Tabla 48. Diferencias Grado de Certeza de la Atribución y Cambio en la Relación con los Demás (CRD)

	n	Media CRD	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categórica	22	27,18	5,645	11,0	34,0
Atr. Sin Causa Definida	18	23,61	5,337	9,0	32,0
Atr. Causal Dubitativa	7	18,28	9,759	2,0	31,0
Ausencia de Planteamiento	3	22,33	15,534	5,0	35,0

$\chi^2=8,512$   $p=0,037$

Tabla 49. Diferencias Grado de Certeza de la Atribución y Cambio en la Fuerza Personal (CFP)

	n	Media CFP	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categórica	22	17,22	5,537	3,0	25,0
Atr. Sin Causa Definida	18	17,83	4,961	5,0	25,0
Atr. Causal Dubitativa	7	11,85	5,639	1,0	17,0
Ausencia de Planteamiento	3	16,00	10,816	4,0	25,0

$\chi^2=7,969$   $p=0,047$

Tabla 50. Diferencias Grado de Certeza de la Atribución y Cambio Espiritual y/o Religioso (CER)

	n	Media CER	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Atr. Causal Categórica	22	8,409	3,445	1,0	13,0
Atr. Sin Causa Definida	18	7,500	3,399	1,0	13,0
Atr. Causal Dubitativa	7	3,000	2,886	0,0	8,0
Ausencia de Planteamiento	3	5,666	6,027	0,0	12,0

$\chi^2=9,962$   $p=0,019$



Así, todas las mujeres que manifestaron un grado de certeza dubitativo en su atribución presentaron puntuaciones más bajas en la Puntuación Global del Crecimiento Postraumático, así como en los Cambios en La Apreciación de la Vida, en Las Relaciones con los Demás, en La Fuerza Personal y Espiritual y Religioso. Todas las mujeres que manifestaron un Grado de Certeza Categórico presentaron puntuaciones más altas en tres de los cuatro factores de Crecimiento Postraumático (Cambios en la Apreciación con la Vida, Cambios en la Relación con los Demás, y Cambios Espiritual y/o Religioso).



## 7.5. RELACIONES ENTRE LOS FACTORES DE ESTRÉS Y LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER DE MAMA

### 7.5.1. Relaciones entre los Factores de Estrés y el Estado Emocional

#### 7.5.1.1. Factores de Externos de Estrés y Estado Emocional

La Tabla 51 recoge las correlaciones entre los Factores Externos de Estrés de los dos años previos al diagnóstico - *Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)* y *Unidades de Cambio Vital (UCV)* - , y el *Estado Emocional (Ansiedad y Depresión)*. Como puede observarse los resultados no mostraron relaciones estadísticamente significativas en ningún caso.

Tabla 51. Relaciones Factores Externos de Estrés y Estado Emocional

		AVE	UCV
Ansiedad	Rho de Spearman	,203 (ns)	,222 (ns)
Depresión	Rho de Spearman	,111 (ns)	,124 (ns)

### 7.5.1.2. Factores Internos de Estrés y Estado Emocional

La Tabla 52 recoge el análisis de las relaciones entre los distintos factores del Índice Reactividad al Estrés (*IRE Vegetativo, Emocional, Cognitivo Conductual y Global*) y los factores *del Estado Emocional (Depresión y Ansiedad)*.

Tabla 52. Relaciones Factores Internos de Estrés y Estado Emocional

	Depresión	Ansiedad
IRE Vegetativo	<b>,314*</b>	,222
IRE Emocional	,224	,082
IRE Cognitivo	,055	,117
IRE Conductual	,220	,179
IRE Global	,241	,192

\* $p \leq 0,05$

Como puede apreciarse, existe relación estadísticamente significativa y positiva entre la *Depresión* y el factor *Vegetativo del IRE* ( $r=0.314$ ;  $p=0,026$ ), es decir, cuánta más puntuación en *Depresión*, más puntuación en la *Reactividad al Estrés* en su dimensión *Vegetativa* y viceversa. Por lo que respecta a las relaciones entre el resto de factores, éstas no han resultado estadísticamente significativas en la muestra.

## 7.5.2. Relaciones entre los Factores de Estrés y el Crecimiento Postraumático

### 7.5.2.1. Factores Externos de Estrés y Crecimiento Postraumático

La Tabla 53 recoge los resultados relativos al análisis de las correlaciones respecto a los Factores Externos de Estrés, es decir, *N.º Total de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE)* y *Unidades de Cambio Vital (UCV)* y los diferentes factores del Inventario del Crecimiento Postraumático: *Cambio en la Apreciación de la Vida*, *Cambio en la Relación con los Demás*; *Cambio en la Fuerza Personal*, *Cambio Espiritual y Religioso* e *IPC Global*.

Tabla 53. Relaciones Factores Externos de Estrés y Crecimiento Postraumático

		N.º Total de AVE	Unidades de Cambio Vital
Cambio en la Apreciación de la Vida	Rho de Spearman	,264	,223
Cambio en la Relación con los Demás	Rho de Spearman	<b>,384**</b>	<b>,335*</b>
Cambio en la Fuerza Personal	Rho de Spearman	,131	,092
Cambio Espiritual y Religioso	Rho de Spearman	,024	,040
ICP Global	Rho de Spearman	<b>,300*</b>	<b>,263</b>

\*\*  $p \leq 0,01$   
\*  $p \leq 0,05$

Como puede observarse existen relaciones estadísticamente significativas entre varios de los factores analizados. En primer lugar, los datos muestran relación estadísticamente significativa y positiva entre la variable *Cambio en la Relación con los Demás* y el *Número Total de Sucesos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico* ( $r=0,384$ ;  $p=0,006$ ), es decir, se experimenta más cambio en la relación con los demás cuantos más acontecimientos vitales estresantes se han vivido en los dos años previos al diagnóstico de cáncer de mama y viceversa.

En segundo lugar, también se observa relación estadísticamente significativa y positiva entre esta misma variable (*Cambio en la Relación con los Demás*) y las *Unidades de Cambio Vital* ( $r=,0335$ ;  $p=0,017$ ), es decir, se experimenta más cambio en la relación con los demás cuanto mayor es la puntuación en unidades de cambio vital de los dos años previos al diagnóstico de cáncer de mama, y viceversa.

En tercer lugar, se aprecia relación estadísticamente significativa y positiva entre la *puntuación Global del ICP* y el *Número Total de AVE* en los dos años previos al diagnóstico ( $r=0,300$ ;  $p=0,034$ ). Es decir, se experimenta más crecimiento postraumático global cuantos más acontecimientos vitales estresantes se han vivido en los dos años previos al diagnóstico de cáncer de mama y viceversa.

En cuarto y último lugar, se observa relación estadísticamente significativa y positiva entre la *Puntuación Global del ICP* y las *Unidades de Cambio Vital (UCV)* ( $r=0,263$ ;  $p=0,065$ ), es decir, se experimenta más crecimiento postraumático global cuantas más Unidades de Cambio Vital se suman en los dos años previos al diagnóstico de cáncer de mama y viceversa.

### 7.5.2.2. Factores Internos de Estrés y Crecimiento Postraumático

La Tabla 54 recoge el análisis de las correlaciones entre los distintos factores del Índice de Reactividad al Estrés (*IRE Vegetativo, Emocional, Cognitivo Conductual y Global*) y del Inventario de Crecimiento Postraumático (*Cambio en la Apreciación de la Vida, Cambio en la Relación con los Demás; Cambio en la Fuerza Personal, Cambio Espiritual y Religioso e IPC Global*).

Tabla 54. Relaciones Factores Internos de Estrés y Crecimiento Postraumático

		Cambio en la Apreciación de la Vida	Cambio en la Relación con los Demás	Cambio en la Fuerza Personal	Cambio Espiritual y Religioso	IPC Global
IRE Vegetativo	Rho de Spearman	<b>,284*</b>	<b>,435**</b>	<b>,322*</b>	<b>,370**</b>	<b>,427**</b>
IRE Emocional	Rho de Spearman	,169	<b>,362**</b>	,201	<b>,279*</b>	<b>,287*</b>
IRE Cognitivo	Rho de Spearman	<b>,286*</b>	<b>,369**</b>	,200	,261	<b>,334*</b>
IRE Conductual	Rho de Spearman	,138	<b>,416**</b>	,231	<b>,311*</b>	<b>,331*</b>
IRE Global	Rho de Spearman	,174	<b>,450**</b>	,221	<b>,353*</b>	<b>,356*</b>

\*\*  $p \leq 0,01$   
\*  $p \leq 0,05$

Como se puede observar, existen relaciones estadísticamente significativas y positivas entre diferentes variables. En primer lugar, se aprecia relación estadísticamente significativa y positiva entre en *Índice de Reactividad al Estrés Vegetativo* y todas las

variables del *Crecimiento Postraumático: Cambio en la Apreciación de la Vida* ( $r=0,284$ ;  $p=0,046$ ), *Cambio en las Relaciones con los Demás* ( $r=0,435$ ;  $p=0,002$ ), *Cambio en la Fuerza Personal* ( $r=0,322$ ;  $p=0,023$ ) y *Cambio Espiritual y Religioso* ( $r=0,370$ ;  $p=0,008$ ), así como con la *puntuación Global del ICP* ( $r=0,427$ ;  $p=0,002$ ). Es decir, cuanta más Reactividad al Estrés en la dimensión Vegetativa, más Crecimiento Personal se experimenta a nivel global y en todos y cada uno de los factores que lo componen y viceversa.

En segundo lugar, se observa relación estadísticamente significativa y positiva entre el *Índice de Reactividad al Estrés Emocional* y las siguientes variables del *Crecimiento Postraumático: Cambio en las Relación con los Demás* ( $r=0,362$ ;  $p=0,010$ ), *Cambio Espiritual y Religioso* ( $r=0,279$ ;  $p=0,050$ ) y *Puntuación Global del ICP* ( $r=0,287$ ;  $p=0,043$ ). Es decir, cuanta más Reactividad al Estrés en la dimensión Emocional, más Crecimiento Postraumático a nivel global se experimenta y en los factores Cambio en la Relación con los Demás y Cambio Espiritual y Religioso y viceversa.

En tercer lugar, puede observarse relación estadísticamente significativa y positiva entre el *Índice de Reactividad al Estrés Cognitivo* y las variables de *Crecimiento Postraumático: Cambio en la Apreciación de la Vida* ( $r=0,286$ ;  $p=0,44$ ), *Cambio en las Relación con los Demás* ( $r=0,369$ ;  $p=0,008$ ), así como con la *Puntuación Global del ICP* ( $r=0,334$ ;  $p=0,018$ ). Es decir, cuanta más Reactividad al Estrés a nivel Cognitivo, más Crecimiento Postraumático a nivel global experimenta la muestra, así como en la Apreciación de la Vida y en la Relación con los Demás y viceversa.

En cuarto lugar, las relaciones son estadísticamente significativas y positivas entre el *Índice de Reactividad al Estrés Conductual* y las variables del *Crecimiento Postraumático: Cambio en las Relación con los Demás* ( $r=0,416$ ;  $p=0,003$ ), *Cambio*

*Espiritual y Religioso* ( $r=0,311$ ;  $p=0,028$ ), así como la *Puntuación Global del ICP* ( $r=0,331$ ;  $p=0,019$ ). Es decir, cuanto más Reactividad al Estrés a nivel Conductual, más Crecimiento Postraumático a nivel global se experimenta, así como en la Relación con los Demás y *Espiritual y Religioso*, y viceversa.

Por último, se observa también relación estadísticamente significativa y positiva entre el *Índice de Reactividad al Estrés Total* y las variables del Crecimiento Postraumático *Cambio en las Relación con los Demás* ( $r=0,450$ ;  $p=0,001$ ) y *Cambio Espiritual y Religioso* ( $r=0,353$ ;  $p=0,012$ ), así como con la *Puntuación Global del ICP* ( $r=0,356$ ;  $p=0,011$ ). Es decir, cuanto más Reactividad al Estrés global se experimenta, más Cambio en la Relación con los Demás y más Cambio Espiritual y Religioso, así como Crecimiento Postraumático a nivel global. De la misma manera, cuanto más Cambio en la Relación con los Demás, más Cambio Espiritual y Religioso y más Crecimiento Postraumático a nivel global, más Reactividad al Estrés global experimenta la muestra.



## CAPÍTULO 8



## 8. DISCUSIÓN

El Objetivo General de este trabajo era describir las Atribuciones Causales, los Factores de Estrés y la Adaptación a la enfermedad de las mujeres con cáncer de mama, así como analizar las diferencias y relaciones entre las variables de estudio. Antes de exponer la discusión de los resultados obtenidos, se presenta un breve resumen de las características de la muestra que ha participado en este trabajo, con objeto de situar la discusión y análisis de los resultados en esta muestra concreta.

Las 50 mujeres que han participado en este trabajo son principalmente de nacionalidad española (96%) y residen en la provincia de Alicante. Tienen una media de 55 años, en su mayoría tiene hijos (78%) y aproximadamente mitad de ellas está casada o con pareja (46%). Un 24% vive sola en su domicilio.

En lo relativo a características clínicas, la media de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de mama es de 4 años, y en todas las mujeres la afectación ha sido unilateral (sólo una de las mamas). El 96% de ellas no ha presentado recidiva ni metástasis. De los casos en que se ha podido conocer su tumor a nivel histológico (46%), la mayoría tuvo un carcinoma ductal infiltrante (34%); de las mujeres que conocían su tumor a nivel inmunohistoquímico (92%), la mayoría presentó un tumor hormonodependiente (78%). En cuanto a los antecedentes de cáncer, el 64% de las mujeres tiene o ha tenido algún familiar de primer grado (padres, hermanos, hijos) con cáncer y un 42% a algún familiar de otro grado (tíos, primos). A un 14% de las mujeres se le ha realizado un estudio en la Unidad de Consejo Genético Oncológico, obteniendo un resultado positivo en un 29% de los casos.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas para el cáncer de mama, únicamente a una mujer no se le ha practicado ningún tipo de cirugía. De las restantes, al 50% se le ha realizado una tumorectomía y al 48% una mastectomía. De estas últimas mujeres, un 46% se ha sometido a una reconstrucción de mama. Y en cuanto a los tratamientos oncológicos el 80% ha recibido tratamiento hormonal, el 70% radioterapia, el 66% quimioterapia y un pequeño porcentaje inmunoterapia (8%). Actualmente un 60% de las mujeres entrevistadas toma diariamente medicación hormonal.

En cuanto a sus hábitos de salud, la mitad de ellas es exfumadora (54%), aunque para la mayoría su diagnóstico no fue el motivo del abandono del tabaco (74%). El 78% refiere no consumir nada de alcohol o sólo de forma ocasional. El 86% considera su dieta alimentaria sana, y en su mayoría realiza ejercicio físico de forma regular (76%).

Finalmente, y en cuanto a su situación actual, casi la mitad de las mujeres refiere problemas emocionales (46%). Un 38% toma medicación ansiolítica y un 20% medicación antidepresiva.

Una vez expuestas las características de la muestra de estudio, se discuten e integran los resultados hallados. Para ello se seguirá la secuencia de objetivos específicos expuestos en el apartado correspondiente.

Con respecto al **Objetivo Específico 1**, *“Describir las Atribuciones Causales que las pacientes hacen de su cáncer de mama en función del Tipo de Atribución”*, se observa que todas las verbalizaciones que las mujeres realizaron sobre la causa de su enfermedad pudieron englobarse en alguna de las cuatro categorías resultantes del proceso de clasificación llevado a cabo por el grupo de expertas (Atribuciones Psicosociales; Atribuciones al Azar, la Mala Suerte o el Destino; Atribuciones Biológicas; Atribuciones

Psicobiológicas). De esa clasificación se desprende, por un lado, que un mayor número de mujeres hicieron referencias a aspectos psicosociales como causa de su enfermedad, de manera única (Atribuciones psicosociales para el 30% de las mujeres) o combinada (Atribuciones Psicobiológicas para el 16% de las mujeres). En concreto, cinco de las quince mujeres refieren específicamente el sufrimiento en las relaciones de pareja o familiares y cinco al estrés en general. Igualmente, en las siete mujeres que atribuyen la causa de su cáncer a aspectos psicosociales y biológicos, cuatro afirmaciones contienen la idea de estrés o sufrimiento. Por tanto, en esta muestra de mujeres el pensamiento sobre los efectos que estos aspectos han tenido en la aparición de su enfermedad está más presentes que cualquier otro aspecto, como el azar, el destino o la mala suerte, señalados por quince de las mujeres entrevistadas (30% de la muestra), o como las atribuciones únicamente biológicas que están presentes en doce de estas mujeres (el 24 % de la muestra). Entendemos esto como un resultado que armoniza con las conclusiones alcanzadas en otros trabajos, como el de Die Trill (2003), quien encontró que el 64% de la muestra oncológica revisada en su artículo atribuía su diagnóstico a factores internos, dentro de los cuales destacaban las atribuciones a comportamientos propios (como beber alcohol o llevar una dieta desequilibrada) pero también a las atribuciones afectivas (que se corresponderían con las atribuciones psicosociales en nuestro estudio, al incluir aspectos como el estrés, el sufrimiento, la depresión o las decepciones), con un porcentaje igual al 37% en ambas categorías.

En una línea muy similar se hallaron las conclusiones del trabajo de revisión de Dumalaon-Canaria et al. (2014), quienes afirman que buena parte de la población oncológica en el caso del cáncer de mama señala como posible causa de su enfermedad los procesos emocionales, destacando que el estrés encabeza la lista de posibles causas en varios de los trabajos científicos revisados por dichas autoras. Por su parte, Kadhel et

al. (2006) encuentran también que los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama más citados por las mujeres diagnosticadas son el estrés en primer lugar, seguido de causas genéticas y una mala alimentación. En concreto, estos autores encuentran además que, dentro de las situaciones de estrés mencionadas, un número importante de mujeres hace alusión a situaciones de estrés crónicas, así como problemas conyugales o familiares notables que ellas mismas consideran como situaciones altamente estresantes. Peuker et al. (2016) también afirman en su trabajo que las mujeres atribuyen su cáncer de mama a causas psicológicas en primer lugar, en contraposición con las causas multifactoriales validadas por la comunidad científica, que hacen referencia a aspectos de corte biológico, como factores hormonales y/o hereditarios y a aspectos del estilo de vida, como el sedentarismo o el consumo de alcohol. En este sentido, cabe destacar como posible línea de investigación futura, la comparación de las atribuciones causales de las mujeres con cáncer de mama con muestras de mujeres sanas. En esta línea se enmarca el trabajo de Thomson et al. (2014) y de Wang et al. (2009) quienes, realizando ese análisis, muestran que hay diferencias significativas en las atribuciones del cáncer de mama cuando la muestra no está diagnosticada, en cuyo caso el tipo de atribuciones señaladas por la muestra coincide en mayor medida con las causas señaladas por la comunidad científica. Esto también podría sugerir que cuando ocurre un acontecimiento impactante, como el diagnóstico de una enfermedad, algunas personas hacen un repaso profundo de su vida, cobrando especial relevancia los acontecimientos importantes y tratando de establecer conexiones con su momento actual.

Por otra parte, la categoría “Azar/Mala suerte/Destino”, señalada también por un porcentaje elevado de la muestra de este estudio como posible causa de su enfermedad (30%), es mencionada en otros estudios previos. Así, en la investigación de Dumalaon-Canaria et al. (2014) se sitúa como segunda posible causa del cáncer de mama señalada

por las mujeres tras el estrés; Die Trill (2003) también la señala como una de las causas externas mencionadas por las pacientes; y Timko y Janoff-Bulman (1985) la encontraron como la principal causa referida por la muestra en su estudio sobre el cáncer de mama.

Por tanto, en cuanto al Tipo de Atribución Causal, los resultados de este estudio concuerdan con las principales conclusiones arrojadas por los estudios anteriores, destacando dos ideas fundamentales: por un lado que las mujeres afectadas por cáncer de mama realizan atribuciones sobre su diagnóstico alejadas del enfoque biomédico; por otro, que las mujeres afectadas otorgan más peso a las causas psicosociales, - especialmente los procesos emocionales y/o el estrés- y a los factores relacionados con el azar, el destino y la mala suerte en la etiopatogenia de la neoplasia mamaria que a otros factores validados por la comunidad científica, como el estilo de vida o la genética.

Con respecto al **Objetivo Específico 2**, *“Describir las Atribuciones Causales que las mujeres hacen de su cáncer de mama en función del grado de certeza al que atribuyen la causa de su cáncer”*, las verbalizaciones fueron categorizadas en cuatro opciones: Atribuciones Categóricas cuando las mujeres reflejaban no tener ninguna duda sobre la causa de su enfermedad; Atribuciones Dubitativas cuando las mujeres pronunciaban “creo” o un cúmulo de causas diversas pero sin certeza, en sus verbalizaciones; Atribuciones Sin Causa Definida, cuando su verbalización contenía un “no lo sé”; y Atribuciones en Ausencia de Planteamiento cuando referían no habérselo planteado nunca, resultando éstas últimas un 6% de las mujeres de la muestra. Estos datos están en la línea de los resultados encontrados por Die Trill (2003), quien afirma que sólo un 10% de las muestras revisadas en su artículo indicaban no haberse planteado las causas del cáncer. Sin embargo, los resultados obtenidos por Kadhel et al. (2016) mostraban que un alto número de mujeres de la muestra en su estudio no tenía opinión sobre atribuciones

causales relativas a su cáncer de mama. Consideramos que sería interesante para futuras líneas de investigación analizar si esta ausencia de atribución podría ser indicativa de una determinada estrategia para evitar la autoculpabilización o cualquier otro pensamiento que confronte a la persona con su percepción control y/o análisis de historia de vida.

Sin embargo, destaca que un 94% de las mujeres había reflexionado (con mayor o menor certeza) sobre la causa de su enfermedad. Esto coincide con la literatura científica, que señala la necesidad del ser humano de dar una explicación a los acontecimientos que le suceden en la vida (León et al., 2003). Asimismo, entre estas mujeres que referían alguna causa con mayor o menor certeza, destaca que el 44% de ellas era tajante en su afirmación sobre la causa, aunque también un 36% refería las palabras “no lo sé” en el conjunto de su argumentación sobre la causa de su cáncer de mama.

Con respecto al **Objetivo Específico 3**, “*Describir el grado de certeza sobre las Atribuciones Causales de su cáncer de mama en función del tipo de atribución que hacen las mujeres*”, éste quería responder a la pregunta de cómo se distribuían los grados de certeza de las afirmaciones de las mujeres, cuando se analizaban por tipo de atribución. Los gráficos resultantes muestran que en los grupos de mujeres que hacían Atribuciones Psicosociales o Psicobiológicas, los porcentajes de afirmaciones categóricas eran más altos que cuando sus afirmaciones eran Dubitativas o contenían un “no lo sé” en su argumentación (Ausencia de Planteamiento). Sin embargo, en los grupos de mujeres que hacían Atribuciones Biológicas los porcentajes de afirmaciones categóricas eran más bajos que los porcentajes de afirmaciones Dubitativas o que contenían un “no lo sé” en su argumentación. En el caso del grupo de mujeres que hizo Atribuciones Causales al

Azar, Destino o Mala Suerte, el porcentaje más alto lo presentaron las afirmaciones Sin Causa Definida o que contenían un “no lo sé” en su argumentación. Este hallazgo puede plantear, para futuros estudios más específicos, la idoneidad de ahondar en las relaciones entre los tipos de atribuciones y sus grados de certeza.

Por tanto, aunque las clasificaciones realizadas en esta investigación resultan novedosas ya que no se han presentado estudios previos empleándola, otros autores ya plantearon que las mujeres recién diagnosticadas de cáncer de mama tienden a realizar atribuciones causales concretas atendiendo a la necesidad que surge en ellas de entender qué ha pasado para desarrollar la enfermedad, hecho que, desde nuestra perspectiva clínica, surge con el objetivo de reducir así el nivel de incertidumbre generado ante el diagnóstico, experimentado en el marco de un acontecimiento vital estresante.

Para alcanzar el **Objetivo Específico 4**, *“Describir los cinco Acontecimientos Vitales más Negativos de toda su vida, referidos por las mujeres con cáncer de mama”*, se solicitó a las mujeres que relataran los cinco acontecimientos negativos más impactantes sufridos a lo largo de toda su vida. Estos fueron transcritos literalmente y clasificados en ocho categorías que recogían todas las afirmaciones pronunciadas por las pacientes objeto de este estudio: a) Diagnóstico propio de cáncer; b) Muerte de seres queridos; c) Enfermedades graves de seres queridos; d) Conflictos de relación con seres queridos; e) Problemas de salud propios diferentes del cáncer de mama; f) Malos tratos y/o abusos sexuales; g) Problemas económicos; y h) Otros problemas. Los resultados mostraron que el propio diagnóstico de cáncer fue referido por el 82% de las mujeres entrevistadas como uno de los cinco acontecimientos más negativos de su vida. Sin embargo, destaca que para un 18% de estas mujeres, su cáncer no fue referido como uno de los cinco acontecimientos vitales más negativos. Es reseñable el hecho de que, en ese



momento de la entrevista, cuando las mujeres no referían su diagnóstico como uno de los cinco acontecimientos vitales más negativos, se les preguntaba explícitamente por él, y reafirmaban que este hecho no se encontraba entre ellos. Aunque para nosotros resulte destacable, no hemos hallado estudios previos que hayan analizado este aspecto, por lo que no tenemos posibilidad de compararlos. Por otro lado, el segundo acontecimiento negativo más impactante en la vida de las mujeres entrevistadas es la muerte de algún ser querido. En este sentido, sí que hallamos estudios que analizaron esta variable en mujeres afectadas de cáncer de mama, tanto con preguntas *ad hoc* (Schoemaker et al., 2016; Fallah et al., 2016; Faravelli et al., 2012; Michael et al., 2009), como a través de escalas estandarizadas (Renzi et al., 2016; Korda-Vidić et al., 2015; Krickler et al., 2009; Peled et al., 2008), encontrando que la pérdida de cónyuges/parejas u otros seres queridos es reportada con frecuencia entre los acontecimientos vitales experimentados. A este respecto, se añaden otras investigaciones menos recientes que también sugirieron en el marco del estudio de la relación de los factores psicosociales con el cáncer, que una de las causas principales del cáncer era la pérdida de un “motivo de amor” o de una relación emocional importante (Evans, 1926; Le Shan, 1959; Kissen, 1963, citados en Cooper, 1986).

Por lo que respecta a los Acontecimientos Vitales Estresantes relacionados con las enfermedades graves de seres queridos, Fallah et al. (2016) también los incluyeron como parte de la lista de sucesos previos al diagnóstico de cáncer de mama, si bien en este estudio no se hallaron asociaciones estadísticamente significativas. En esta línea, Michael et al. (2009) también contemplaron este tipo de sucesos en su estudio, concluyendo que podrían estar relacionados, como parte de los eventos vitales estresantes, con un mayor riesgo de cáncer de mama. En cuanto a los conflictos de relación con seres queridos, otros estudios previos también contemplaron este tipo de acontecimientos vitales estresantes

(Schoemaker et al., 2016; Fallah et al., 2016; Renzi et al., 2016; Michael et al., 2009). Aunque el primer estudio no halló evidencia consistente de asociación entre los Acontecimientos Vitales Estresantes y el riesgo de cáncer de mama, los dos estudios restantes sí hallaron resultados acordes a los nuestros. Los problemas de salud propios también son recogidos en estudios previos al nuestro (Schoemaker et al., 2016; Fallah et al., 2016; Renzi et al., 2016; Faravelli et al., 2012), encontrando que no en todos existe evidencia estadísticamente significativa de asociación entre éstos y el riesgo de cáncer de mama. Este dato armoniza con nuestros resultados, puesto que aun siendo señalada esta categoría por el 28% de la muestra, contrasta con los porcentajes correspondientes a otras categorías ya descritas, como el diagnóstico propio de cáncer (82% de la muestra) o la muerte de seres queridos (76% de la muestra).

Asimismo, nos resulta destacable el hecho de que hayan surgido los malos tratos y/o abusos sexuales como uno de los cinco Acontecimientos Vitales Estresantes más negativos a lo largo de la vida para un 22% de la muestra. Nos consta que de forma explícita esta categoría ha sido recogida en al menos dos trabajos anteriores (Faravelli et al., 2012; Michael et al., 2009) cuyos resultados apoyaron la hipótesis de que existe relación entre la experiencia de Acontecimientos Vitales Estresantes y el riesgo de padecer cáncer de mama, por lo que habríamos encontrado aquí referencias previas de resultados similares a los nuestros.

Por último, en cuanto a los problemas financieros, de nuevo hallamos constancia de que esta categoría ha sido recogida en trabajos previos (Fallah et al., 2016; Renzi et al., 2016; Michael et al., 2009), por lo que el hecho de que las respuestas abiertas de las mujeres participantes en el presente estudio hayan conducido a incluirlas como una categoría más, hace evidente su importancia en la posibilidad de contemplarlos como uno de los Acontecimientos Vitales Estresantes a tener en cuenta.

En cuanto al **Objetivo Específico 5**, “*Describir los Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico de las mujeres con cáncer de mama*”, se pretendía indagar sobre los acontecimientos impactantes, no en general a lo largo de toda su vida, sino en el periodo inmediatamente anterior a la detección de su enfermedad. En este sentido, y tras cumplimentar el cuestionario correspondiente, los resultados muestran que las mujeres vivieron una media de algo más de seis Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos a su diagnóstico, y una puntuación media de Unidades de Cambio Vital de 385 puntos. Teniendo en cuenta que una puntuación en la escala igual o por encima de 300 puntos se considera de elevada susceptibilidad a padecer algún tipo de enfermedad, la muestra presentó un riesgo alto de susceptibilidad a sufrir problemas de salud tras la vivencia de los Acontecimientos Vitales Estresantes reseñados en el cuestionario. Este último resultado se asemeja al obtenido por Morera y González de Rivera (1983) en su estudio comparativo entre un grupo de personas sanas y un grupo de personas diagnosticadas de diversas patologías, en el que las personas enfermas obtuvieron una puntuación media de 376 puntos frente a los 195 puntos de las personas sanas. También halló un resultado similar Molina (2015) al obtener en la muestra, compuesta en su totalidad por mujeres diagnosticadas con varios trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo, una puntuación media en esta escala de 359 puntos en el grupo de casos frente a los 143 puntos de media del grupo control.

Por lo tanto, dado que las puntuaciones mayores de 300 puntos se consideran predisponentes a la patología, los datos de esta muestra apoyan el planteamiento propuesto por estudios previos de que las pacientes de cáncer de mama experimentan en los dos años previos a su diagnóstico una serie de Acontecimientos Vitales Estresantes que, posiblemente asociados a otros factores contribuyan, tal y como ponen de manifiesto los estudios referidos a lo largo de la investigación, a comprometer la eficacia de los

sistemas nervioso, endocrino e inmunitario frente al crecimiento y desarrollo de células malignas.

En cuanto al Tipo de Acontecimiento Vital Estresante en los dos años previos al diagnóstico, la muestra señaló como los más frecuentes “la muerte de un familiar cercano”, “cambios en el ritmo de sueño”, “enfermedad o mejoría de la enfermedad de un miembro cercano”, “problemas con vecinos o familiares que no viven en casa” y “quedarse sin empleo”. Estos sucesos, que coinciden en cierta forma con los cinco Acontecimientos Vitales más Negativos vividos a lo largo de toda la vida señalados por la muestra<sup>11</sup> (“Muerte de seres queridos”, “Enfermedades graves de seres queridos”, “Conflictos de relación con seres queridos” “Problemas propios de salud diferentes del cáncer de mama”, “Malos tratos,/abusos sexuales”, y “Problemas económicos”), también fueron señalados en estudios anteriores al describir “problemas importantes con el cónyuge” (Fallah, et al., 2016), “muerte o separación de la madre”, “muerte o separación del padre”, “muerte de cualquier otro pariente con el que se convive”, “enfermedad grave en la infancia” y/o “abusos físicos y sexuales en la infancia” (Faravelli et al., 2012), “muerte del cónyuge”, “enfermedad grave del cónyuge”, “muerte de un amigo cercano” “pérdida de trabajo” “ruptura sentimental o divorcio” (Michael et al., 2009).

En esta línea también se enmarcan los estudios descritos en apartados anteriores de Korda-Vidić et al. (2015), Kricker et al. (2009), Peled et al. (2008), Palesh et al. (2007) y Chorot y Sandín (1994), quienes concluyen que el estrés evaluado en forma de Acontecimientos Vitales Estresantes previos al diagnóstico de cáncer de mama es significativamente frecuente y/o intenso, incluso estadísticamente significativo cuando se compara con mujeres sin diagnóstico de cáncer mamario. En esta línea encontramos también otro estudio cuyos resultados indican que, en el grupo de mujeres con cáncer de

---

<sup>11</sup>Se excluye la categoría “*Diagnóstico propio del cáncer de mama*” porque la escala hace referencia a los dos años previos al diagnóstico.

mama, hay mayor proporción de situaciones vitales estresantes durante los dos últimos años antes del diagnóstico (Cardenal, Ortiz-Tallo, Martín y Martínez, 2008).

Sin embargo, estos resultados no fueron encontrados por otros autores, como Schoemaker et al. (2016) y Ginzburg et al. (2008) quienes concluyeron que no existía evidencia de relación entre la vivencia de Acontecimientos Vitales Estresantes en los años previos al diagnóstico y el diagnóstico de cáncer de mama.

Con respecto al **Objetivo Específico 6**, “*Describir los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como el Índice de Reactividad al Estrés global de las mujeres con cáncer de mama*”, los resultados en la muestra indicaron elevados niveles de reactividad al estrés, tanto en los cuatro factores como en la puntuación global, situándose por encima de los valores que se consideran alarmantes. Aunque en población diagnosticada de problemas de salud distintos al cáncer, otros estudios previos hallaron también puntuaciones superiores en muestras de pacientes frente a grupos control (Morera y González de Rivera, 1983; González de Rivera, 1989; Henry, González de Rivera, De las Cuevas, González, Gracia, Abreu, Rupérez y Garzón, 1991; Rodríguez-Abuín, 2002; Mora, 2010). Este dato, aunque no es concluyente podría estar indicando un patrón de reactividad a situaciones percibidas como estresantes mayor que en la población general. En este sentido, sería interesante plantear, de cara a futuras investigaciones, el estudio sobre la percepción de estrés y recursos de afrontamiento personales en situaciones de salud y enfermedad.

Con respecto al **Objetivo Específico 7**, “*Estudiar las relaciones de los Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico con los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual,*

*así como global*”, los datos del presente estudio resultaron acordes con las principales aportaciones de los estudios previos. Aunque las primeras investigaciones a este respecto fueron llevadas a cabo por González de Rivera, autor del IRE-32, han sido varios los trabajos posteriores que han incluido este instrumento como parte de la evaluación del estrés, relacionándolo con múltiples patologías y abordando su relación con los Acontecimientos Vitales Estresantes (Morera y Fernández, 1992; Cea et al, 2002; Rodríguez-Abuín, 2002; Mora, 2010; Molina, 2015). En este sentido, las principales conclusiones apuntan a que los datos aportados por ambas variables de forma conjunta muestran mayor poder predictivo en cuanto a la susceptibilidad a enfermar que de forma independiente, existiendo así una relación aditiva entre Acontecimientos Vitales Estresantes e Índice de Reactividad al Estrés y enfermedad.

Centrándonos en las hipótesis planteadas respecto al objetivo específico 7, es decir, Hipótesis 7A: *“El Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico se relacionará positiva y significativamente con los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como global”* e Hipótesis 7B: *“Las Unidades de Cambio Vital de los dos años previos al diagnóstico se relacionarán positiva y significativamente con los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como Global”*, los resultados encontrados permiten confirmarlas parcialmente en ambos casos. En concreto, se hallaron evidencias de relación estadísticamente significativa y positiva entre el Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico y la Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Conductual y Global, así como la relación positiva entre las Unidades de Cambio Vital experimentadas en los dos años previos al diagnóstico y la Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Conductual y global. Estos datos

apoyarían las ventajas de considerar de forma conjunta ambas variables en la vulnerabilidad a la enfermedad, tal y como señalaron González de Rivera et al. (1989), pasando a conformar el Índice Global de Estrés.

En resumen, los datos aportados por esta investigación apuntan a que la Reactividad al Estrés podría constituir, como Factor Interno de Estrés, un elemento fundamental frente al impacto de los Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados por las mujeres afectadas por cáncer de mama, resultando significativa la correlación entre ambas variables, dato que, como se ha visto, concuerda con las conclusiones alcanzadas por estudios previos empleando pacientes con otras patologías, como el trabajo en pacientes con disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular de Mora (2010), en el que se emplea, además del IRE, la escala de Acontecimientos Vitales que se ha utilizado en el presente estudio, resultando las puntuaciones en ambas variables, al igual que en nuestro caso, por encima de los puntos de corte establecidos.

Sin embargo, el hecho de que el enfoque biomédico no incluya a día de hoy de forma explícita los Factores de Estrés (tanto Externos como Internos) como uno de los factores de riesgo asociados al origen y desarrollo de las neoplasias mamarias, hace evidente que existen ciertas limitaciones a la hora de estudiar las posibles relaciones entre ambas. En primer lugar, una de las posibles dificultades, que además ya ha sido señalada en anteriores ocasiones (Monterrey et al., 1991), puede tener que ver con el efecto de interferencia que tiene el estrés en la capacidad de autoevaluación, de manera que los sujetos tienden a sobrevalorar sus respuestas cuando se encuentran en situaciones reales de estrés. Para esta investigación este hecho puede ser relevante en la medida en que las mujeres entrevistadas se encontraban inmersas en el proceso de tratamiento o en el proceso de adaptación tras la enfermedad, etapas que pueden ser consideradas de cierta

intensidad en cuanto a estrés. En la misma línea, otra de las interferencias señaladas anteriormente y que debe tenerse en cuenta en este estudio, tiene que ver con la tendencia de las personas enfermas a “reportar o recordar mejor sus cambios vitales y a registrar en mayor detalle sus pautas de reactividad” (Rivera, Morera y Monterrey, 1989), hecho que en nuestra opinión podría estar relacionado con el repaso vital que hacen las mujeres cuando se les diagnostica la enfermedad.

En segundo lugar, otra de las posibles dificultades puede estar relacionada con las limitaciones metodológicas de los estudios que analizan las relaciones existentes entre estrés/Acontecimientos Vitales Estresantes y cáncer de mama, ya que apenas existen estudios prospectivos que eliminarían en parte el artefacto generado por el estrés en la autoevaluación y que permitirían también ampliar el conocimiento sobre el posible efecto del estrés en el organismo desde otra perspectiva temporal en el continuo salud-enfermedad.

En tercer lugar, otra de las posibles dificultades vendría de la mano de los instrumentos de medida. Aunque la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1967) cuenta con datos positivos respecto a su fiabilidad y validez y, a día de hoy, se cuenta además con la validación aquí empleada para población española de González y Morera (1983), puede resultar difícil establecer relaciones cuando se hace hincapié en que lo que los estudios pueden establecer a este respecto es un “mayor riesgo o susceptibilidad” a enfermar cuando la persona se ve sometida a mayor necesidad de reajuste tras la vivencia de Acontecimientos Vitales Estresantes, teniendo siempre en cuenta la necesidad de asociar otros muchos factores para que el resultado final sea una alteración de la salud.

Sin embargo, a este respecto cabe también recordar que existen en la literatura científica multitud de evidencias que señalan la relación entre estrés/acontecimientos vitales estresantes y enfermedad física y que han sido citados a lo largo del presente



estudio (Morera et al., 1983; Secín, 1984; Blanco et al., 1986; González de Rivera et al., 1989; González de Rivera, 1991; Sandín, Chorot, Navas y Santed, 1992; Arbizu, 2000; Molina de González, 2000; Sánchez et al., 2006; Sirera, Sánchez y Camps, 2006; Suárez, 2010; Solano y Velásquez, 2012).

Con respecto al **Objetivo Específico 8**, “*Describir el Estado Emocional en términos de Ansiedad y Depresión en las mujeres con cáncer de mama*”, los resultados hallados en el presente estudio mostraron puntuaciones elevadas tanto en Ansiedad como en Depresión, ambas por encima del punto de corte en población oncológica (López-Roig et al., 2000). Este dato discrepa con los encontrados por Costa-Requena y Gil (2007), quienes no hallan en su muestra oncológica, empleando la misma escala que nosotros, puntuaciones que superen el punto de corte para considerar probables casos clínicos, ni en Ansiedad ni en Depresión. Sin embargo, sí concuerda con los encontrados anteriormente por otros autores (Adán y Sánchez-Turet, 2003), mostrando gran variabilidad en cuanto a prevalencia (Robles, Morales, Jiménez y Morales, 2009), aunque Cano (2005), halló que los niveles de Ansiedad en la población oncológica eran equiparables a los de la población general, no siendo así en relación a la Depresión, ya que se encontraron niveles de morbilidad en pacientes con cáncer por encima de los hallados en la población general. Por último, relacionamos nuestros resultados en cuanto al Estado Emocional con un estudio realizado también con pacientes de cáncer de mama en el que se halló que, tras completar los tratamientos, un 10% cumplía criterios diagnósticos de depresión mayor y un 8% de trastorno de ansiedad (Simpson, Carlson, Beck y Patten, 2002). Esta diversidad de resultados puede deberse quizá a diferentes factores, como el estadio de la enfermedad en el que se encontraban las pacientes en el momento de la entrevista, u otras características de las muestras. En este sentido sería útil,

de cara a futuras investigaciones, realizar un análisis diferenciando estos aspectos para comparar diferencias entre sí y su posible asociación con el estado emocional.

Con respecto al **Objetivo Específico 9**, “*Describir los niveles de Cambio en la Apreciación de la Vida, de Cambio en la Relación con los Demás, de Cambio en la Fuerza Personal y de Cambio Espiritual y Religioso, así como el Crecimiento Postraumático global a raíz del diagnóstico de cáncer de mama*”, los resultados obtenidos en la presente investigación indicaron elevadas puntuaciones de cambio percibido tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, tal y como ya describieron anteriormente Vázquez y Castilla (2007), Costa-Requena y Gil (2008), Crespo y Rivera (2012) y Esparza, Martínez, Leibovich de Figueroa, Campos y Lobo (2015).

Concretamente, el mayor cambio percibido se mostró en la variable Relación con los Demás, dato que concuerda con los encontrados en otras investigaciones que hallaron que “la mejora en las relaciones” era la categoría más citada en las muestras de pacientes oncológicos cuando se analizaban las consecuencias positivas a raíz de la experiencia de cáncer (Vázquez y Castilla, 2007). Además, en el presente estudio se han hallado correlaciones significativas de signo positivo en cuanto a los factores de la escala entre sí y con la puntuación global, al igual que las halladas por Costa-Requena y Gil (2007) tras el estudio de las propiedades psicométricas de la adaptación española del inventario empleado en esta investigación. Destaca también el hecho de que se hayan encontrado correlaciones significativas entre todas las escalas del inventario, lo que nos hace pensar que la percepción de cambios en un área concreta, como la fuerza personal, podría afectar a la percepción de cambios en las otras dimensiones, como la apreciación de la vida.

Con respecto al **Objetivo Específico 10**, “*Estudiar las relaciones entre el Estado Emocional y el Crecimiento Postraumático de las mujeres con cáncer de mama*”, los resultados mostraron una relación estadísticamente significativa de signo negativo entre Ansiedad y Cambio en la Fuerza Personal, así como una relación estadísticamente significativa y negativa entre Depresión y las variables Cambio en la apreciación de la Vida, Cambio en la Fuerza Personal y con la Puntuación Global de Crecimiento Postraumático. Así pues, de las hipótesis planteadas al respecto: *Hipótesis 10A: “El nivel de Cambio en la apreciación de la Vida se relacionará negativa y significativamente con el nivel de Ansiedad de las mujeres con cáncer de mama”*; *Hipótesis 10B: “El nivel de Cambio en la Relación con los Demás se relacionará negativa y significativamente con el nivel de Ansiedad de las mujeres con cáncer de mama”*; *Hipótesis 10C: “El nivel de Cambio en la Fuerza Personal se relacionará negativa y significativamente con el nivel de Ansiedad de las mujeres con cáncer de mama”*; *Hipótesis 10D “El nivel de Cambio Espiritual y Religioso se relacionará negativa y significativamente con el nivel de Ansiedad de las mujeres con cáncer de mama”*; *Hipótesis 10E: “El Crecimiento Postraumático a nivel global se relacionará negativa y significativamente con el nivel de Ansiedad de las mujeres con cáncer de mama”*; *Hipótesis 10F: “El nivel de Cambio en la apreciación de la Vida se relacionará negativa y significativamente con el nivel de Depresión de las mujeres con cáncer de mama”*; *Hipótesis 10G: “El nivel de Cambio en la Relación con los Demás se relacionará negativa y significativamente con el nivel de Depresión de las mujeres con cáncer de mama”*; *Hipótesis 10H: “El nivel de Cambio en la Fuerza Personal se relacionará negativa y significativamente con el nivel de Depresión de las mujeres con cáncer de mama”*; *Hipótesis 10I: “El nivel de Cambio Espiritual y Religioso se relacionará negativa y significativamente con el nivel de Depresión de las mujeres con cáncer de mama”* e *Hipótesis 10J: “El Crecimiento*

*Postraumático a nivel global se relacionará negativa y significativamente con el nivel de Depresión de las mujeres con cáncer de mama”, podemos confirmar a raíz de los resultados las hipótesis 10C, 10F, 10Hy 10J. Estos datos armonizan con los resultados hallados en estudios anteriores en los que se evidencia una relación negativa entre Ansiedad y Crecimiento Postraumático (Costa-Requena y Gil, 2008) y Depresión y Crecimiento Postraumático (Carver y Antoni, 2004; Ho et al., 2004; Crespo y Rivera, 2012), aunque otros trabajos no encuentran evidencias suficientemente consistentes a este respecto (Costa-Requena y Gil, 2007; Jaarsma, Pool, Sanderman y Ranchor, 2006; Helgeson, Reynolds y Tomich, 2006).*

El hecho de que se hayan confirmado estas hipótesis avala nuestra idea de que las mujeres afectadas por cáncer de mama perciben mayor crecimiento personal cuanto menos ansiedad y depresión experimentan y viceversa. Estas dos variables a nivel afectivo pueden interferir a la hora de evaluar si ha habido cambios percibidos como positivos en la forma de apreciar la vida, de relacionarse con los demás, de superar obstáculos a nivel personal o de vivir la espiritualidad y la religiosidad.

Con respecto al **Objetivo Específico 11**, *“Estudiar si existen diferencias en las Atribuciones Causales que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama en función de los Acontecimientos Vitales Estresantes vividos en los dos años previos al diagnóstico”, de las hipótesis planteadas (Hipótesis 11A: “Existirán diferencias estadísticamente significativas en el Tipo de Atribución Causal que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama en función del Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes vividos en los dos años previos al diagnóstico”; Hipótesis 11B: “Existirán diferencias estadísticamente significativas en el Tipo de Atribución Causal que hacen las mujeres sobre su cáncer de*

mama en función de las Unidades de Cambio Vital vividas en los dos años previos al diagnóstico”; Hipótesis 11C: “Existirán diferencias estadísticamente significativas en el Grado de Certeza de la Atribución Causal sobre su cáncer de mama en función del Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes vividos en los dos años previos al diagnóstico”; Hipótesis 11D: “Existirán diferencias estadísticamente significativas en el Grado de Certeza de la Atribución Causal sobre su cáncer de mama en función de las Unidades de Cambio Vital vividas en los dos años previos al diagnóstico”), los resultados permitieron confirmar la Hipótesis 11C, es decir, aquellas mujeres que se mostraron categóricas en cuanto a las atribuciones causales de su cáncer de mama, como por ejemplo la paciente 12, que expresó “A todo esto (refiriéndose a los acontecimientos vitales negativos), lo tengo muy claro. Los disgustos. Cuando me vine de Granada y empecé a rehacer mi vida y conocí a mi actual pareja pensé: a ver qué me sale ahora”, habían experimentado en los dos años previos al diagnóstico una media de 8 acontecimientos vitales estresantes frente a las mujeres que expresaban una atribución dubitativa (por ejemplo, “Creo que a todo esto (refiriéndose a sucesos vitales negativos), he sufrido mucho. No sé si tiene que ver, pero seguro que algo ha influido” expresado por la participante 49), con una media de 6 acontecimientos vitales estresantes, a aquellas mujeres que lo hacían sin mostrar una causa definida (por ejemplo, “Ni idea. No fumo ni bebo, o sea que ni idea”, expresado por la participante 17), presentando una media de 5 acontecimientos vitales estresantes en los dos años previos al diagnóstico, o que no se habían planteado las causas de su cáncer (por ejemplo, “Nunca me lo había planteado”, expresado por la participante 24), con una media de 5 acontecimientos vitales estresantes.

Dado que la clasificación que se empleó en el presente estudio para categorizar y analizar las Atribuciones Causales fue realizada con este propósito, no existen estudios previos que puedan relacionarse con nuestros resultados. Sin embargo, la experiencia

clínica propia parece indicar que las mujeres se muestran más categóricas en sus atribuciones causales cuando han experimentado un mayor número de Acontecimientos Vitales Estresantes porque consideran más probado que éstos influyeron de forma clara en el desarrollo de la neoplasia mamaria de alguna forma.

Con respecto al **Objetivo Específico 12**, “*Estudiar si existen diferencias en el Índice de Reactividad al Estrés en función de las Atribuciones Causales que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama*”, los datos resultantes en esta investigación no mostraron diferencias significativas en la pauta de reacción ante el estrés en función de las atribuciones causales descritas por la muestra, ni en ninguno de los factores ni a nivel global, por lo que no se pudo aceptar ninguna de las hipótesis correspondientes: Hipótesis 12A: “*Existirán diferencias estadísticamente significativas en el Índice de Reactividad al Estrés a nivel global en función del Tipo de Atribución Causal que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama*” e Hipótesis 12B: “*Existirán diferencias estadísticamente significativas en el Índice de Reactividad al Estrés a nivel global en función del Grado de Certeza de la Atribución Causal que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama*”. Dado que no se hallaron estudios previos que analizaran este tipo de relación, no se han podido contrastar los datos con otras muestras de pacientes. Sin embargo, aunque no existan diferencias significativas a nivel estadístico, los resultados hallados mostraron que las mujeres de la muestra que realizaron atribuciones causales de tipo psicosocial (donde se incluyen los aspectos emocionales y los acontecimientos vitales estresantes) presentaron el nivel de reactividad al estrés más elevado, seguidas de aquellas mujeres que realizaron atribuciones causales de tipo psicobiológico, categoría donde también se incluyen aspectos emocionales.

Por otro lado, también destaca que, aunque tampoco hayan podido establecerse diferencias estadísticamente significativas, los resultados mostraron que las mujeres de la muestra que realizaron atribuciones causales de tipo psicosocial presentaron mayor reactividad al estrés de tipo emocional, señalando que ante situaciones de estrés o tensión nerviosa suelen reaccionar con sentimientos de depresión y tristeza (ítem 6) o aprensión y sensación de estar poniéndose enferma (ítem 20). En este sentido, pensamos que quizá el hecho de que no haya podido confirmarse pueda deberse al tamaño muestral, por lo que sería interesante para futuras investigaciones ampliarla para estudiar con más datos estas posibles diferencias.

Por último, también resulta destacable el hecho de que las mujeres que realizaron atribuciones causales categóricas sobre su cáncer de mama mostraron mayor reactividad al estrés en todos los factores, salvo en el caso de la dimensión emocional. Estas diferencias, aunque no hayan resultado estadísticamente significativas, nos conducen a pensar que las mujeres afectadas que perciben más seguridad acerca de las causas de su cáncer, muestran una reactividad al estrés mayor que aquellas que presentan menos firmeza en sus atribuciones causales.

Con respecto al **Objetivo Específico 13**, *“Estudiar si existen diferencias en el Estado Emocional de las mujeres en función de las Atribuciones Causales que hacen sobre su cáncer de mama”*, de las hipótesis planteadas (Hipótesis 13A: *“Existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Ansiedad en función del Tipo de Atribución Causal que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama”*; Hipótesis 13B: *“Existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Ansiedad en función del Grado de Certeza de la Atribución Causal que hacen las mujeres sobre su cáncer de*

mama”; Hipótesis 13C: “Existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Depresión en función del Tipo de Atribución Causal que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama” e Hipótesis 13D: “Existirán diferencias estadísticamente significativas en el nivel de Depresión en función del Grado de Certeza de la Atribución Causal que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama”, los resultados no permitieron aceptar ninguna de ellas al no hallar diferencias estadísticamente significativas en Ansiedad o Depresión en función del Tipo de Atribución Causal o su Grado de Certeza. Al igual que ocurre con el objetivo anterior, dado que no se hallaron estudios previos que analizaran este tipo de relación, no se han podido contrastar los datos con otras muestras de pacientes. Sin embargo, y aunque estas diferencias no sean estadísticamente significativas, sí se apreció que las mujeres que realizaron atribuciones causales relacionadas con el Azar/Mala suerte/Destino, presentaron los niveles de Ansiedad más elevados de la muestra, lo que podría sugerir que no tener manejo sobre las posibles causas del cáncer de mama de cara a realizar, por ejemplo, prevención ante recaídas, elevaría la ansiedad en las mujeres.

Por otra parte, aunque las diferencias no resultaran estadísticamente significativas, destaca el hecho de que las mujeres que realizaron atribuciones causales de tipo Psicobiológico presentaron una puntuación media más baja en Depresión que el resto de mujeres, hecho que nos podría llevar a pensar que las mujeres que encuentran causas que no dependen de ellas mismas (como factores biológicos o hereditarios) tienen niveles de Depresión más bajos. Por el contrario, la media más elevada de Depresión se obtuvo en aquellas mujeres que realizaron atribuciones causales de tipo psicosocial, lo podría conducirnos a pensar que las mujeres que consideraron que su cáncer se debía, por ejemplo, a factores emocionales y de relación, mostraron un estado de ánimo más deprimido. Consideramos interesante ampliar el tamaño muestral en futuras



investigaciones para descartar que estos datos fuesen resultado de una limitación en nuestro estudio.

Con respecto al **Objetivo Específico 14**, *“Estudiar si existen diferencias en Crecimiento Postraumático en función de las Atribuciones Causales que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama”*, de las hipótesis planteadas al inicio de la investigación (Hipótesis 14A: *“Existirán diferencias estadísticamente significativas en el Crecimiento Postraumático a nivel global en función del Tipo de Atribución Causal que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama”* e Hipótesis 14B: *“Existirán diferencias estadísticamente significativas en el Crecimiento Postraumático a nivel global en función del Grado de Certeza de la Atribución Causal que hacen las mujeres sobre su cáncer de mama”*), los datos resultantes permitieron aceptar la segunda de ellas (Hipótesis 14B). En este sentido, nuestro estudio parece indicar que el grado de firmeza reflejado en las atribuciones sí influye en el nivel de Crecimiento Postraumático y viceversa. A este respecto, tampoco se disponen de datos que puedan compararse con nuestros resultados, pero de nuevo la experiencia clínica parece conducirnos a la idea de que cuanto más seguras se mostraron las mujeres de la muestra en cuanto a lo que había podido causar su cáncer de mama, más crecimiento personal percibieron. Este hecho podría sugerir que las mujeres que mostraron mayor seguridad en sus afirmaciones describieron mayor crecimiento posterior como una forma de integrar ese acontecimiento estresante en su línea de vida, señalando, como muchas pacientes así lo indicaron durante la entrevista, un aprendizaje mayor sobre su percepción y apreciación de la vida, sobre sus relaciones con los demás, sobre su fuerza personal y sobre su manera de vivir la espiritualidad y la religiosidad.

Con respecto al **Objetivo Específico 15**, “*Estudiar las relaciones de los Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico con el Estado Emocional*”, de las hipótesis planteadas al inicio de la investigación (Hipótesis 15A: “*El Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico se relacionará positiva y significativamente con el nivel de Ansiedad de las mujeres con cáncer de mama*”; Hipótesis 15B: “*Las Unidades de Cambio Vital vividas en los dos años previos al diagnóstico se relacionarán positiva y significativamente con el nivel de Ansiedad de las mujeres con cáncer de mama*”; Hipótesis 15C: “*El Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico se relacionará positiva y significativamente con el nivel de Depresión*” e Hipótesis 15D: “*Las Unidades de Cambio Vital vividas en los dos años previos al diagnóstico se relacionarán positiva y significativamente con el nivel de Depresión de las mujeres con cáncer de mama*”), los datos resultantes no han permitido confirmar ninguna de ellas. En este sentido, existen resultados publicados previamente que indican que la exposición a más de un Acontecimiento Vital Estresante se relaciona con el riesgo de padecer cáncer de mama y que, a su vez, estas pacientes con cáncer de mama muestran mayores niveles de depresión respecto al grupo sin diagnóstico (Peled et al., 2008). En esta línea, también se han hallado resultados similares al relacionar los síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama y tres tipos de estrés experimentado: la ocurrencia de cinco acontecimientos vitales estresantes en el año previo al diagnóstico, la percepción global de estrés y la percepción de estrés traumático relacionado con el cáncer (Golden-Kreutz y Andersen, 2004) y al relacionar experiencias de acontecimientos vitales estresantes y niveles de depresión más elevados en pacientes de cáncer (Chorot y Sandín, 1994). El hecho de que nuestros datos no hayan resultado

estadísticamente significativos puede estar relacionado con el tamaño muestral, por lo que sería interesante ampliarlo de cara a estudios posteriores con el fin de indagar más en esta cuestión.

Con respecto al **Objetivo Específico 16**, *“Estudiar las relaciones de los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como global, con el Estado Emocional de las mujeres con cáncer de mama”*, de las hipótesis planteadas (Hipótesis 16A: *“El nivel de Ansiedad de las mujeres con cáncer de mama se relacionará positiva y significativamente con los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como global”* e Hipótesis 16B: *“El nivel de Depresión de las mujeres con cáncer de mama se relacionará positiva y significativamente con los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como global”*), los resultados permitieron confirmar parcialmente la segunda de ellas (Hipótesis 16B) ya que sí se encontró relación estadísticamente significativa entre la Depresión y el Índice de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, aunque no en el resto de dimensiones. En este sentido, aunque en población distinta de la oncológica, existen evidencias de correlación significativa entre altas puntuaciones en el Índice de Reactividad al Estrés y puntuaciones patológicas en Ansiedad y Depresión, cuantificadas con los mismos instrumentos que los empleados en la presente investigación (De las Cuevas y González de Rivera, 1996). Aunque nos resulta llamativo que únicamente haya relación con la dimensión vegetativa, este dato podría estar sugiriendo que las mujeres de la muestra presentan elevados niveles de Ansiedad y Depresión por su condición de pacientes oncológicas, tal y como se ha encontrado en trabajos previos ya mencionados (Simpson et al., 2002; Adán y Sánchez-Turet, 2003; Cano, 2005; Robles et al., 2009), al margen de sus patrones específicos de reactividad al

estrés. Sin embargo, resultaría interesante de cara a futuras investigaciones optar por un instrumento alternativo de evaluación de la reactividad a estrés para comparar los resultados.

Con respecto al **Objetivo Específico 17**, *“Estudiar las relaciones de los Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico con el Crecimiento Postraumático”*, de las hipótesis planteadas al inicio de la investigación (Hipótesis 17A: *“El Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico se relacionará positiva y significativamente con el Cambio en la Apreciación de la Vida, el Cambio en la Relación con los Demás, el Cambio en la Fuerza Personal y el Cambio Espiritual y Religioso, así como con el Crecimiento Postraumático global”* e Hipótesis 17B: *“Las Unidades de Cambio Vital vividas en los dos años previos al diagnóstico se relacionarán positiva y significativamente con el Cambio en la Apreciación de la Vida, el Cambio en la Relación con los Demás, el Cambio en la Fuerza Personal y el Cambio Espiritual y Religioso, así como con el Crecimiento Postraumático global”*), los resultados permitieron verificarlas parcialmente ya que sí se encontró que evidencia significativa de relación positiva entre el Número Total de Acontecimientos Vitales Estresantes experimentados en los dos años previos al diagnóstico y el Cambio en la Relación con los Demás, así como con el Crecimiento Postraumático global.

De la misma manera, los resultados también permitieron confirmar que las Unidades de Cambio Vital de los dos años previos al diagnóstico se relacionaron positiva y significativamente con el Cambio en la Relación con los Demás y con el Crecimiento Postraumático global. En este sentido, existe evidencia de resultados similares en

investigaciones previas (Avilés, 2013) apoyando nuestra idea de que las personas perciben cambios tras la vivencia de acontecimientos vitales negativos, como el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

Relacionando estos datos con los comentados con anterioridad, cuando se hacía referencia a las hipótesis correspondientes a las relaciones entre el Estado Emocional y el Crecimiento Postraumático, este hecho indica que las mujeres que experimentaron diversos Acontecimientos Vitales Estresantes en los dos años previos al diagnóstico, así como aquellas que se mostraron categóricas en cuanto a que éstos habían influido en el desarrollo de su cáncer de mama, describieron mayor crecimiento posterior, especialmente en cuanto a la relación con los demás. Este hecho podría conducirnos a pensar que, tal y como se recogió en las entrevistas realizadas a la muestra, muchas mujeres se describen sorprendidas por las reacciones de su entorno social ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer, por lo que experimentan cambios notables en su forma de relacionarse a partir de él. Además, consideramos a raíz de la experiencia de intervención con mujeres afectadas por cáncer de mama, que los cambios percibidos en la relación con otras personas, así como en el crecimiento postraumático a nivel global son en parte fruto de un cambio en las prioridades vitales y de un cambio en la forma de percibirse a sí mismas, tanto en su núcleo familiar como laboral, considerándose además un referente de supervivencia frente al cáncer a nivel social.

Con respecto al **Objetivo Específico 18**, *“Estudiar las relaciones de los Índices de Reactividad al Estrés con el Crecimiento Postraumático de las mujeres con cáncer de mama”* de las hipótesis planteadas al inicio de la investigación (Hipótesis 18A: *“El nivel de Cambio en la Apreciación de la Vida se relacionará negativa y significativamente con*

*los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como global*”; Hipótesis 18B: “*El nivel de Cambio en la Relación con los Demás se relacionará negativa y significativamente con los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como global*”; Hipótesis 18C: “*El nivel de Cambio en la Fuerza Personal se relacionará negativa y significativamente con los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como global*”; Hipótesis 18D: “*El nivel de Cambio Espiritual y Religioso se relacionará negativa y significativamente con los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como global*” e Hipótesis 18E: “*El Crecimiento Postraumático a nivel global se relacionará negativa y significativamente con los Índices de Reactividad al Estrés a nivel Vegetativo, Emocional, Cognitivo y Conductual, así como global*”), los resultados no permitieron aceptar ninguna de ellas. Sin embargo, los datos arrojados tras el análisis estadístico sí muestran relación estadísticamente significativa entre distintas variables, aunque de signo contrario al previsto. En concreto, se muestran relaciones significativas y positivas entre el Índice de Reactividad al Estrés a nivel global y todos los factores de Crecimiento Postraumático, incluido a nivel global. También destaca en este sentido la relación significativa y positiva entre el Cambio en la Relación con los Demás y todos los factores de la Reactividad al Estrés, incluido a nivel global. Esto nos hace reflexionar sobre la falta de referencias en estudios previos al respecto y sobre la posibilidad de considerar los cambios contemplados en el crecimiento postraumático como algo no necesariamente positivo. Para sugerir esto nos basamos en la experiencia recogida durante las entrevistas ya que, por ejemplo, muchas de las pacientes refieren haberse sentido decepcionadas con el apoyo recibido de algunas personas cercanas de su entorno, o

comentan que aspectos relacionados con su fe religiosa y/o espiritual se ha visto mermada a raíz de la experiencia de enfermedad.



Finalmente, para sintetizar las ideas plasmadas en este apartado, se destaca que los resultados de esta investigación, aun con las limitaciones que presenta y que se mencionan a continuación, han reflejado información que consideramos relevante en cuanto a la investigación de las relaciones entre el estrés y los acontecimientos vitales estresantes con el cáncer de mama, ampliando además el estudio a las relaciones con las atribuciones causales referidas por las propias pacientes y con su estado emocional y crecimiento personal posterior. Aunque no todas las hipótesis planteadas han podido ser confirmadas, los resultados han reflejado la dirección marcada en todas ellas, salvo en las hipótesis relacionadas con el Índice de Reactividad al Estrés y el Crecimiento Postraumático, donde han sido de signo contrario, hecho que abre de nuevo el debate sobre la posibilidad de contemplar el Crecimiento Postraumático como una evolución personal donde no todos los cambios son necesariamente percibidos como positivos por las personas.

En cuanto a las limitaciones que pueda presentar el presente estudio, se contemplan tres principalmente. Por un lado, y como ha sido mencionado previamente, el tamaño muestral puede haber influido de cara a que los resultados no hayan mostrado evidencia estadística. Se propone para futuras investigaciones ampliarla para solventar esta posibilidad. Además, se plantea también la posibilidad de comparar los resultados de la muestra con un grupo control, en ausencia de diagnóstico, para enriquecer los resultados y obtener más datos acerca de las posibles relaciones entre el cáncer de mama y el estrés, los acontecimientos vitales estresantes, las atribuciones causales, el estado emocional y el crecimiento postraumático.

En segundo lugar, se contempla como posible limitación el hecho de que la muestra ha sido extraída de las usuarias de una asociación que atiende a pacientes de la provincia de Alicante, por lo que habría que ser cautelosos a la hora de extrapolar las



conclusiones aquí alcanzadas a otras muestras españolas. Se plantea aquí la posibilidad de ampliar la muestra incluyendo población de otras provincias/comunidades.

Y, en tercer lugar, se plantea que las mujeres participantes en el estudio, a pesar de hacerlo de forma voluntaria y no seleccionada bajo ningún criterio más que ser afectadas por cáncer de mama, son usuarias de la unidad de psicología de la asociación, por lo que cabe la posibilidad de entender que presenten niveles de morbilidad en algunas variables por encima de lo esperado para el conjunto de mujeres con cáncer de mama. Se plantea, por tanto, la posibilidad de ampliar la muestra a mujeres afectadas que no acudan a la unidad de psicología o incluso que no sean usuarias de la asociación.



## CAPÍTULO 9



## 9. CONCLUSIONES

1. La mayoría de las mujeres de la muestra atribuyen a alguna causa su cáncer de mama, y sólo un 6% no se lo ha planteado en el momento de la investigación.
2. De las mujeres que expresan cuáles fueron, según ellas, las causas que habían originado su cáncer de mama, la mayoría lo hace refiriéndose aspectos psicosociales y psicobiológicos, atribuyendo en mayor medida la causa de su cáncer a factores relacionados con el estrés o con acontecimientos vitales estresantes, como factor único o combinado.
3. Igualmente, las mujeres que atribuyen a factores psicosociales y psicobiológicos la causa de su cáncer realizan atribuciones más categóricas respecto a qué ha causado su enfermedad, es decir, se muestran más convencidas de que esas fueron las causas.
4. Además, el grado de certeza percibida sobre la atribución de la causa del cáncer de mama guarda relación con la percepción de cambios vitales y crecimiento postraumático de las mujeres, presentando mayores niveles de crecimiento aquellas mujeres que perciben una causa frente a las que no se lo han planteado o dudan sobre éstas.
5. Entre los cinco acontecimientos más negativos experimentados a lo largo de la vida señalados por la muestra se encuentran, además de la propia enfermedad de cáncer de

mama, la muerte de seres queridos, las enfermedades graves de familiares, los conflictos de relación con seres queridos, los problemas de salud distintos al cáncer, los malos tratos y/o abusos sexuales y los problemas económicos.

6. Para un 18% de las mujeres entrevistadas, su enfermedad de cáncer de mama no está entre los cinco acontecimientos vitales más negativos vividos a lo largo de toda su vida.
7. En los dos años previos a su diagnóstico, el 84% de las mujeres con cáncer de mama entrevistadas ha experimentado al menos cuatro acontecimientos vitales estresantes, y el 42% ha sufrido la pérdida de algún familiar cercano en ese tiempo previo.
8. El número total de acontecimientos vitales estresantes en los dos años previos al diagnóstico, así como las unidades de cambio vital guardan relación positiva y significativa con los índices de reactividad al estrés vegetativo, conductual y total. Sin embargo, la relación no es significativa con el índice de reactividad al estrés emocional o cognitivo.
9. El patrón personal de reactividad al estrés es elevado en la muestra, por encima de los valores encontrados en población general.
10. Los índices de reactividad al estrés a nivel global y en las dimensiones vegetativa y conductual guardan relación positiva con el número total de acontecimientos vitales

estresantes vividos en los dos años previos al diagnóstico y con las unidades de cambio vital experimentadas en el mismo periodo.

11. Los niveles de ansiedad y depresión de la muestra son elevados, por encima de los puntos de corte en población oncológica.
  
12. El diagnóstico de cáncer promueve la percepción de cambios en distintos ámbitos. Esos cambios guardan relación con los niveles de ansiedad y de depresión. En concreto, a mayor percepción de cambios en la apreciación de la vida, en la fuerza personal, así como a mayor crecimiento postraumático, menor depresión. Y a mayor cambio en la fuerza personal, menor ansiedad.
  
13. Las mujeres de la muestra que se expresan de forma categórica sobre las atribuciones causales de su cáncer de mama muestran mayores niveles de crecimiento postraumático.
  
14. Finalmente, el número de acontecimientos vitales estresantes vividos en los dos años previos al diagnóstico, así como las unidades de cambio vital experimentadas guarda relación positiva con la percepción de cambio en la relación con los demás, así como de crecimiento postraumático a nivel global.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adán, A. y Sánchez-Turet, M. (2003). Depresión y cáncer de mama. Relación no negligible. *Psiquiatría Biológica*, Vol. 10(5), pp. 165-170. Recuperado de <http://www.elsevier.es> el 05/03/2017.
- Adrover Cebrian, E. y Vicente García, F. (2015). Seguimiento en cáncer de mama. En *Manual de Práctica clínica en Senología* (pp.274-278). Edit. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria.
- Albaina Latorre, L. y Viana Zulaica, C. (2003). Cáncer de mama. *Guías Clínicas*, Vol. 3 (7). Recuperado de <http://docplayer.es/2685898-Guias-clinicas-en-atencion-primaria-1-1.html>
- Algara López, M., Bayo Lozano, E., Pérez Villaverde, P., Muñoz García, J. y Guinot Rodríguez, J. L. (2015). Radioterapia en cáncer de mama. En *Manual de Práctica clínica en Senología* (pp.230-236). Edit. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria.
- American Cancer Society (ACS). (24 mayo, 2016). Factores de riesgo y prevención del cáncer de seno. [artículo en web]. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/riesgos-y-prevencion.html>
- American Cancer Society (ACS). (24 mayo, 2016). Pruebas para saber si se ha propagado el cáncer de seno. [Artículo en web]. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/pruebas-para-saber-si-se-ha-propagado-el-cancer-de-seno.html>

Amigo, V. I. (2012). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Recuperado de: <http://www.ebrary.com/publicaciones.umh.es:8080>

Apesteuguía Ciriza, L., Pina Insausti, L. J., Ejarque Sanahuja, B., Sentís Crivillé, M. y Maristany Daunert, M. T. (2015). Diagnóstico por la imagen. En *Manual de Práctica clínica en Senología* (pp.40-45). Edit. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria.

Arbizu, J. P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol, 24(1), pp.173-178.

Arias Gallegos, W. L. (2012). Estrés laboral en trabajadores desde el enfoque de los sucesos vitales. *Revista Cubana De Salud Pública*, Vol. 38(4), pp. 525-535.

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). (2014). *Cáncer de mama*. Madrid: Editado por la AECC.

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). (17 mayo, 2017). Elección del tratamiento. [Artículo en web]. Recuperado de <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/elecciondeltratamiento.aspx>

Avilés Maldonado, P. A. (2013). *Relación entre Crecimiento Postraumático, Afrontamiento y Rumiación* (tesis doctoral). Universidad de Concepción.

Bárez Villoria, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.

- Baron, R. y Byrne, D. (1998). *Psicología Social* (Octava Edición). Madrid: Printice may.
- Benítez, M. H., de las Cuevas, C. C., Gonzáles de Rivera, J. L., Gracia, M. R., Frugoni, P. A. y Morales, G. C. (1992). Quantification of the stress reactivity in psychiatric patients admitted to an acute care unit. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, Vol. 20 (2), pp.76-80.
- Bernabé, M., Martín-Aragón, M., Lisbona, A. M. y Tirado, Sonia. (2014). Aproximación a la psicología positiva. En *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud* (pp.165-182). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bernet, L., Piñero, A., Vidal-Sicart, S., Peg, V., Giménez, J., Algara, M., Dueñas, B., Tresserra, F., Cano, R., Cordero, J. M., Navarro, B., Torró, B., Pardo, R., Martínez, D., Moreno, A., Vallejos, V., Vázquez, C., Álvarez, M., Raya, J. L., Carreira, C., Galobardes, J., Monge, E., Fuster, C., Lluch, A. y Martínez A. (2013). Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. *Revista Española de Patología*, Vol. 47 (1), pp.22-32. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2013.11.003>
- Black, A. R. y Cowan, K. H. (2017). Biología y genética del cáncer. En *Goldman-Cecil Tratado de Medicina Interna* (1226-1231). Barcelona: Edit. Elsevier España.
- Blanco, M. S. y Navia, V. A. (1986). Factores psicosociales y cáncer: Una revisión crítica. *Estudios De Psicología*, Vol.25, pp. 5-35.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001) *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Cano Vindel, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Revista de Psicooncología*, Vol. 2 (1), pp. 71-80.



- Cantú Guzmán, R. y Álvarez Bermúdez, J. (2009). Sucesos vitales y factores psicosociales asociados: El caso de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, Vol. 19 (1), pp.21-32.
- Cardenal, V., Ortiz-Tallo, M., Frías, I. M., y Lozano, J. M. (2008). Life stressors, emotional avoidance and breast cancer. *The Spanish Journal of Psychology*, Vol.11 (2), pp. 522-530.
- Carver, C. S. y Antoni, M. H. (2004). Finding Benefit in Breast Cancer During the Year After Diagnosis Predicts Better Adjustment 5 to 8 Years After Diagnosis. *Health Psychology*, Vol. 23 (6) pp.595–598.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1994). Life events and stress reactivity as predictors of cancer, coronary heart disease and anxiety disorders. *International Journal of Psychosomatic*, Vol. 4 (1-4), pp. 35-40.
- Cooper, C. L. (1986). *Estrés y cáncer*. Madrid, ES: Ediciones Díaz de Santos. Recuperado de <http://www.ebrary.com/publicaciones.umh.es:8080>
- Córdoba Cardona, O., García-Valdecasas Vilanova, B. y Quintana Ruíz, M. J. (2015). Anamnesis. Exploración clínica. Factores de riesgo. En *Manual de Práctica clínica en Senología* (pp. 31-36). Edit. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria.
- Costa Requena, G. y Gil Moncayo, F. L. (2007). Crecimiento postraumático en pacientes oncológicos. *Análisis y Modificación De Conducta*, Vol. 33(148), pp. 230-250.
- Costa Requena, G. y Gil Moncayo, F. L. (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psicooncología*, Vol. 5(1), pp. 27-37.

- Crespo Fernández, L. y Rivera García, M. L. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, Vol. 23, pp. 109-126.
- Croswell, J., Brawley, O. y Kramer, B. (2016). Prevención y detección temprana del cáncer. En *Harrison Principios de Medicina Interna* (pp- 1086-1089), Vol.1, México D. F.: Ed. Mc Graw-Hill.
- Davidson, N., E. (2017). Cáncer de mama y trastornos benignos de la mama. En *Goldman-Cecil Tratado de Medicina Interna* (1138-1141). Barcelona: Edit. Elsevier España.
- De las Cuevas Castresana, C. y González de Rivera y Revuelta, J. L. (1996). Reactividad al estrés y patología afectiva en personal sanitario. *Actas Luso-Españolas De Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, Vol.24 (1), pp.19-24.
- Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. En *Psicooncología*, Vol. 0 (1), pp.39-48.
- Duijts, S. F., Zeegers, M., y Borne, B. V. (2003). The association between stressful life events and breast cancer risk: a meta-analysis. *International journal of cancer*, Vol.107 (6), pp.1023-1029.
- Dumalaon-Canaria, J. A., Hutchinson, A. D., Prichard, I., y Wilson, C. (2014). What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer Causes Control*, Vol. 25, 771-785. DOI 10.1007/s10552-014-0377-3
- Esparza Baigorri, T., Martínez Terrer, T., Leibovich de Figueroa, N., Campos Ródenas, R., y Lobo Satué, A. (2015). Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la

calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, Vol. 12(2-3), pp.303-314.

Estapé Rodríguez, J. (2016). Epidemiología y prevención. En *Farreras Rozman Medicina Interna* (pp 1083-1084). Barcelona: Ed. Elsevier.

Eusebi, V., Cummings, M., Farshid, G., y Agnantis, N. (2004). Breast cancer: The role of the pathologist and targeted therapies/optimal pathology reporting. En *Pathology International*, Vol. 54 (1), pp.10-24.

Fallah, R., Akbari, M. E., Azargashb, E., y Khayamzadeh, E. (2016). Incidence and Survival in Breast Cancer Patients and Stressful Life Events. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, Vol. 17(3), pp. 245-252.

Faravelli, C., Fioravanti, G., Casale, S., Paciello, D., Raineri, A. M., Fei, L. y Rotella, F. (2012). Early life events and gynaecological cancer: A pilot study. *Psychotherapy and psychosomatics*, Vol. 81(1), pp. 56-57.

Friedman, L., Romero, C., Elledge, R., Chang, J., Kalidas, M., Dulay, M., Lynch, G. y Osborne, C. (2007). Attribution of Blame, Self-forgiving Attitude and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 30, pp. 351-357. DOI:10.1007/s10865-007-9108-5

García, M. (1998). Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. En *Revista de Atención Primaria*, Vol. 22, pp.585-595.

Gassull, C., Casanova, C., Botey, Q. y Amador, M. (2010). The Impact of the Reactivity to Stress in Teachers with Voice Problems. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, Vol. 62, pp.35–39. DOI: 10.1159/000239061

- Gil-Roales, J. (Ed.) (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Giménez Climent, M. J., Vidal-Sicart, S. y Bernet Vegué, L. (2015). Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de los ganglios loco-regionales. En *Manual de Práctica clínica en Senología* (pp. 220-229). Edit. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria.
- Ginzburg, K., Wrensch, M., Rice, T., Farren, G., y Spiegel, D. (2008). Breast cancer and psychosocial factors: Early stressful life events, social support, and well-being. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, Vol. 48(5), pp. 407-712. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.49.5.407>
- Golden-Kreutz D. M. y Andersen, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psychooncology*, Vol. 13(3), pp. 211-20.
- González de Rivera y Revuelta, J.L. (1990). *El Índice de Reactividad al Estrés (IRE)*. Madrid: Inteva.
- González de Rivera y Revuelta, J.L. (1991). Factores de estrés y vulnerabilidad a la enfermedad. *Monografías De Psiquiatría*, Vol.3 (3), pp.1-5.
- González de Rivera y Revuelta, J.L. (1994). Estrés, homeostasis y enfermedad. *Psicología Médica*, capítulo XLV, pp. 785-794
- González de Rivera y Revuelta, J.L. (2001). Nosología psiquiátrica del estrés. *Psiquis*, Vol. 22, pp.1-7

- González de Rivera y Revuelta, J.L., y Morera Fumero, A. (1983). Diferencias objetivas y subjetivas en la puntuación de una escala de sucesos vitales. *Actas Luso-Españolas De Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, Vol.11(2), pp.159-162.
- González de Rivera y Revuelta, J.L., y Morera Fumero, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, Vol. 4(1), pp. 7-11.
- González de Rivera y Revuelta, J.L., Morera Fumero, A. y Monterrey, A. L. (1989). El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto "sucesos vitales" en la predisposición a la patología médica. *Psiquis*, Vol.10, pp. 20-27.
- González Leandro, P. y Castillo, M. D. (2010). Sucesos vitales estresantes, afrontamiento y personalidad. *Interpsiquis*, pp.1-28.
- González, P., Jung-Won, L., Letzkus, M., Flores, K. F., Allen, K. M., Castañeda, S. F., y Talavera, G. A. (2015). Breast cancer cause beliefs: Chinese, korean, and mexican american breast cancer survivors. *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 37(8), 1081-1099. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0193945914541518>
- González Pinto, A., Ortiz Jauregui, M., Castillo, E., Zupiria Gorostidi, X., Ylla Segura, L. y González de Rivera, J. L. (1997). Reactividad al estrés, estrategias de afrontamiento y ajuste social. *Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, Vol. 18, (9), pp. 31-37.
- Guerra, J. A. y Moreno, F.(coord.) (2007). Diagnóstico y Tratamiento Cáncer de Mama. Madrid: Edita Fundación Médica Mutua Madrileña.

- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., y Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 74, (5), pp. 797–816. DOI: 10.1037/0022-006X.74.5.797
- Henry, M., González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., González, I., Gracia, R., Abreu, J., Rupérez, F. y Garzón, E. (1991). El índice de reactividad al estrés en pacientes asmáticos crónicos. *Psiquis*, Vol. 12 (7), pp. 249-254.
- Ho, S., Chan, M., Yau, T. y Yeung, R. (2011). Relationships between explanatory style, posttraumatic growth and posttraumatic stress disorder symptoms among Chinese breast cancer patients. *Psychology & Health*, Vol. 26(3), pp. 269-285.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, Vol.11(2), pp.213-218.
- Hunter, D. J. (2017). Epidemiología del cáncer. En *Goldman-Cecil Tratado de Medicina Interna* (pp 1223-1225). Barcelona: Edit. Elsevier España.
- Imigo, F., Mansilla, E., Delama, I., Poblete, M. T. y Fonfach, C. (2011). Clasificación molecular del cáncer de mama. En *Cuadernos de Cirugía*, Vol. 25, pp. 67-74.
- Izquierdo Sanz, M. y Sabadell Mercadal, M. D. (2015). Estilo de vida y cáncer de mama. En *Manual de Práctica clínica en Senología* (pp. 37-39). Edit. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria.
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Sanderman, R., y Ranchor, A. V. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology*, Vol.15(10), pp. 911-920. DOI: 10.1002/pon.1026

- Jiménez L, Menéndez S, Hidalgo MV. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, Vol. 26(3), pp.427-40
- Junemann, K. (2009). Patología mamaria e imágenes. *Revista de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 4 (3), pp.189-194.
- Kadhel, P., Schuster, C., Grossat, N., Janky, E., y Ghassani, A. (2016). Causal attribution of breast cancer by survivors in french west indies. *Journal of Cancer Education*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-016-1096-0>
- Khatcheressian, J., Hurley, P., Bantug, E., Esserman, L., Grunfeld, L., Halberg, F., Hantel, A., Lynn N., Muss, H., Smith, T., Vogel, V., Wolff, A., Somerfield, M. y Davidson, N. (2013). Breast Cancer Follow-Up and Management After Primary Treatment: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. En *Journal of clinical Oncology*, Vol. 31 (7), pp.961-965.
- Korda-Vidić, V., Vasilj, I., y Babić, D. (2015). The stress of war and breast cancer incidence. *Psychiatria Danubina*, Vol.27(2), pp. 571-577.
- Kricker, A., Price, M., Butow, P., Goumas, C., Armes, J. E., y Armstrong, B. K. (2009). Effects of life event stress and social support on the odds of  $\geq 2$  cm breast cancer. *Cancer Causes & Control*, Vol. 20 (4), pp. 437-447. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1007/s10552-008-9257-z>
- Lavinas, M. C., Lessa, B., Freitas do Amaral, J. J., Frassinetti, P., Fernandes, C., Galvão, M. y Carvalho, A. F. (2009). Association between stress and breast cancer in women: a meta-analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 25 (3), pp. 453-463.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo en implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.

- Lazarus RS, Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- León, M., Páez, D., y Díaz, B. (2003). Representaciones de la enfermedad: estudios psicosociales y antropológicos. *Boletín De Psicología*, Vol.77, pp.39-70.
- Leventhal, H., Kelly, K., & Leventhal, E. A. (1999). Population risk, actual risk, perceived risk and cancer control: A discussion. En *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, Vol. 25, pp.81-85.
- Lin, Y., Wang, C., Zhong, Y., Huang, X., Peng, L., Shan, G., Wang, K. y Sun Q. (2013). Striking life events associated with primary breast cancer susceptibility in women: a meta-analysis study. *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research*, Vol.32 (1), pp.53-61.
- Lippman, M. E. (2016). Cáncer de mama. En *Harrison Principios de Medicina Interna* (pp- 1150-1058), Vol.1, México D. F.: Ed. Mc Graw-Hill.
- Longo, D., L. (2016). Estudio del paciente con cáncer. En *Harrison Principios de Medicina Interna* (pp- 1082-1085). México D. F.: Ed. Mc Graw-Hill.
- López-Roig, S., Terol, M. C., Pastor, M. A., Neipp, M. C., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J., Martín-Aragón, M. y Sitges, E. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la escala HAD en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, Vol. 2 (12), pp.127-57.
- Martín Jiménez, M. (2008). *Preguntas frecuentes en Oncología-Cáncer de mama*. Barcelona: Publicaciones Permanyer.



- Martín, M., Herrero, A., Echavarría, I., (2015). El cáncer de mama. En *Arbor, ciencia, pensamiento y cultura*, Vol. 191 (773). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>
- Michael, Y. L., Carlson, N. E., Chlebowski, R. T., Aickin, M., Weihs, K. L., Ockene, J. K., Bowen, P. y Ritenbaugh, C. (2009). Influence of stressors on breast cancer incidence in the women's health initiative. *Health Psychology*, Vol. 28(2), 137-146. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0012982>
- Molina de González, T. (2000). Psiconeuroinmunología y cáncer. *Natura Medicatrix*, Vol.56, pp. 6-11.
- Molina Pérez, K. B. (2015). *Marcadores Bioquímicos del estrés en pacientes femeninas con reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, con referencia a la enfermedad cardiovascular: ANTI-HSP60 y LDL-OXIDADA* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid.
- Monterrey, A. L., González De Rivera, J. L., De las Cuevas, C. y Rodríguez-Pulido, F. (1991). El índice de reactividad al estrés (IRE): ¿rasgo o estado? *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, Vol.18 (1), pp. 23-27.
- Mora Rincones, O. A. (2010). *Acontecimientos vitales, índice de reactividad al estrés, psicopatologías y rasgos de la personalidad en pacientes con disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular* (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid.
- Morera Fumero, A. y González de Rivera y Revuelta, J.L. (1983). Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica. *Psiquis*, Vol. 4, 253-260.

- Morera Fumero, A., Fernández López, L., Valenciano Pío, R., Gracia Marco, R. y Henry Benítez M. (1990). Stress reactivity index-32 in a student population. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, Vol.18 (1), pp.62-65.
- Moscoso, M. S. (2009). De la mente a la célula: Impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, Vol.15(2), pp.143-152.
- Muñoz, M., Prat, A., Grau de Castro, J., Viñolas, N., Reguart, N., Vilar, E., Maurel, J., Mellado, B. y Arance, A. (2016). Estrategia diagnóstica y terapéutica en los principales tumores sólidos. En *Farreras Rozman Medicina Interna* (pp. 1094-1097). Barcelona: Ed. Elsevier.
- National Cancer Institute de EE.UU (NIH) (13 de febrero, 2017). Cáncer de seno (mama). [Artículo en web]. Recuperado de <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq>
- Neipp, M. C., López-Roig, S., Terol, M. C. y Pastor, M.A. (2009). Changes in control beliefs, emotional status and psychosocial adaptation among women with breast cancer. *Anales de Psicología*, Vol.25 (1), pp. 36-43.
- Neipp, M. C., López-Roig, S. y Pastor, M.A. (2007). Control beliefs in cancer: A literature review. *Anuario de Psicología*, Vol.38 (3), pp. 333-355.
- Niederdeppe, J. y Gurmankin, A. (2007). Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, Vol.16 (5), pp. 998-1003. doi:10.1158/1055-9965.EPI-06-0608
- Oba, S., Takatsuka, N., Nagata, C., Nagao, Y. Yamamoto, S., Shibuya, C., Kashiki, Y. y Shimizu, H. (2008). Causal attributions to epidemiological risk factors and their

associations to later psychological adjustment among Japanese breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, Vol. 17 (1), pp. 3-9.

OMS (febrero, 2017). Cáncer de mama: prevención y control. [Artículo en web]. Recuperado de <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>

Ornelas-Mejorada, R. E., Tufiño Tufiño, M. A. y Sánchez-Sosa, J. J. (2011). Ansiedad y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados. En *Acta de Investigación Psicológica*, Vol. 1 (3), pp.401-414

Ortiz, M. S., Willey, J. y Chiang, J. (2014). How stress gets under the skin o cómo el estrés psicológico se introduce bajo la piel. *Revista Médica de Chile*, Vol. 142, pp. 767-774.

Palesh, O., Butler, L. D., Koopman, C., Giese-Davis, J., Carlson, R. y Spiegel, D. (2007). Stress history and breast cancer recurrence. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 63(3), pp. 233-239. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.05.012>

Panico, S., Bueno de Mesquita, H. B., Van Gils, C y Hallmans, G. (2015). Alcohol intake and breast cancer in the European Prospective investigation into Cancer and Nutrition: Short title: Alcohol intake... En *International Journal of Cancer*, Vol. 2. DOI: 10.1002/ijc.29469

Peled, R., Carmil, D., Siboni-Samocho, O. y Shoham-Vardi, I. (2008). Breast cancer, psychological distress and life events among young women. *BioMedCentral Cancer*, Vol. 8(1), pp.245-250.

- Pérez Sánchez, V. M., Vela Chávez, T. A., & Mora Tiscareño, A. (2008). Diagnóstico histopatológico y factores pronósticos en cáncer infiltrante de glándula mamaria. En *Cancerología* Vol.3, pp.7-17.
- Peuker, A. C., Armiliato, M. J., de Souza, L. V., y de Castro, E. K. (2016). Causal attribution among women with breast cancer. *Reflexao e Crítica*, Vol. 29 (4). DOI: 10.1186/s41155-016-0007-y
- Piñero, A., Giménez, J., Merck, B., Vázquez, B., (2007). Reunión de consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. En *Revista Española de Patología* (Vol. 40, n2), pp 91-95.
- Pons Sanz, V., Bermejo de las Heras, B. y Lluch Hernández, A. (2015). Tratamiento adyuvante en cáncer de mama. En *Manual de Práctica clínica en Senología* (pp.237-242). Edit. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria.
- Puente, J., y De Velasco, G. (6 marzo, 2017). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? [Artículo en web]. Recuperado de <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Rabkin, J. G. y Struening, E. L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science*, Vol.194, pp.1013-1020.
- Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., Piqueras Rodríguez, J. A., García López, L. J., y Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Psiconeuroinmunología: Conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica*, Vol. 15 (1), pp.115-142.
- Ray, O. (2004). The revolutionary health science of psychoendoneuroimmunology: a new paradigm for understanding health and treating illness. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol.1032, pp.35-51.

- Renzi, C., Vadilonga, V., Gandini, S., Perinel, G., Rotmensz, N., Didier, F., Rescingo, H., Pravettoni, G. (2016). Stress exposure in significant relationships is associated with lymph node status in breast cancer. *Breast Cancer Research*, Vol.18, pp. 72-75. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s13058-016-0733-1>
- Reyes, J. M., Vilar, E. (2016). Epidemiología y prevención. En *Farreras Rozman Medicina Interna* (pp 1084-1085). Barcelona: Ed. Elsevier.
- Reyes García, N. y Miranda Devora, G. (2016). Marcadores tumorales en cáncer de mama: CA 15-3 y antígeno carcinoembrionario. En *Revista Mexicana de Mastología*, Vol. 6 (1), pp. 9-13. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexmastol/ma-2016/ma161c.pdf>
- Rivera Carrillo, S. P. (2015). *Relación entre estrategias de afrontamiento, atribuciones causales y el nivel de calidad de vida de las pacientes de 41 a 50 años diagnosticadas con cáncer de mama, recibiendo tratamiento oncológico* (tesis doctoral). Universidad de Ecuador.
- 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*, Vol. 6(1), pp.191-201.
- Rodríguez Abuín, M. J. (7 de febrero, 2001). Reactividad al estrés y psicopatología. [Artículo en web]. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/estres-62/reactividad-al-estres-y-psicopatologia/>
- Rodríguez Abuín, M. J. (2002). *Estrés y psicopatología en población normal, trastornos médico-funcionales y enfermos psiquiátricos* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

- Romero Retes, R. (2011). *Cuestionario de atribuciones, creencias y afrontamiento al cáncer* (tesis doctoral). Universidad de Valencia.
- Romero Utrilla, A., Osuna Ramos, J., Candanedo Gonzalez, F., Ramírez Zepeda, M. G., y Peñuelas, J. (2014). Cáncer de mama: Entidad patológica de biología heterogénea. *Archivos de Salud de Sinaloa, Vol 8* (3), pp.109-116. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/274253484>
- Sabadell Mercadal, M. D., Acea Nebril, B. y Vernet Tomás, M. M. (2015). Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. En *Manual de Práctica clínica en Senología* (pp.212-219). Edit. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria.
- Sabucedo Cameselle, J. M. y Morales Domínguez, J. F. (2015). *Psicología Social*. Madrid: Edit. Médica Panamericana.
- Salas-Auvert, J. A. (2008). Control, salud y bienestar. *Suma Psicológica, Vol.15* (1), pp.15-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2008.15>
- Sánchez Segura, M., González García, R. M., Marsán Suárez, V., y Macías Abraham, C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana De Hematología, Inmunología y Hemoterapia, Vol.22* (3). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086402892006000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086402892006000300002)
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol. 3* (1), pp. 141-157.
- Sandín, B., Chorot, P., Navas, M. J. y Santed, M. A. (1992). Estrés y enfermedad: Inventario de reacciones interpersonales de Grossarth-Maticek y Eysenck. *Revista De Psicología General. y Aplicada, Vol. 45*(4), pp. 391-396.

- Santos, M.C., Horta, B. L., Amaral, J. J., Fernandes, P.F., Galvão, C. M. y Fernandes, A. F. (2009). Association between stress and breast cancer in women: a meta-analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 25 (3), pp.453-63.
- Schnitt, S. J. (2010). Classification and prognosis of invasive breast cancer: from morphology to molecular taxonomy. En *Modern Pathology*, Vol. 23, pp.60-64.
- Schoemaker, M. J., Jones, M. E., Wright, L. B., Griffin, J., McFadden, E., Ashworth, A., y Swerdlow, A. J. (2016). Psychological stress, adverse life events and breast cancer incidence: a cohort investigation in 106,000 women in the United Kingdom. *Breast Cancer Research*, Vol. 18(1), pp. 72-75.
- Secín Diep, R. (1984). Acontecimientos vitales y enfermedad neoplásica. *Salud Mental*, Vol. 7(4), pp. 67-70.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2016). *Las cifras del cáncer en España*. Madrid. Editado por la SEOM.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2017). *Las cifras del cáncer en España*. Madrid. Editado por la SEOM.
- Sirera, R., Sánchez, P. T. y Camps, C. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, Vol. 3(1), pp. 35-48.
- Solano, L. y Velásquez, E. (2012). Efecto inmunomodulador del estrés psicológico. *Salus*, Vol. 16, (1), pp. 51-57.
- Simpson, J. S. A., Carlson, L. E., Beck, C. A. y Patten, S. (2002). Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, Vol. 11(4), pp.282-294.

- Suarez Cuba, M. A. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz*, Vol. 16(2), pp.58-62.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R. y Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), pp. 489-502.
- Tedeschi, R. G. y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, Vol. 9(3), pp. 455-471.
- Terol, C. M., Quiles Marcos, Y. y Pérez Jover, M. V. (coord). (2014). *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.  
Recuperado de <http://www.ebrary.com.publicaciones.umh.es:8080>
- Thomson, A. K., Heyworth, J. S, Girschik, J., Slevin, T., Saunders, C. y Fritschi, L. (2014). Beliefs and perceptions about the causes of breast cancer: a case-control study. *BMC Research Notes*, Vol. 7. DOI: 10.1186/1756-0500-7-558.
- Timko, C., y Janoff-Bulman, R. (1985). Attributions, vulnerability and psychological adjustment: the case of breast cancer. *Health Psychology*, Vol. 4 (6), pp. 521-544.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.4.6.521>
- Tresserra Casas, F., Ardiaca Bosch, C. y Martínez Lanao, M. A. (2015). Clasificación anatomopatológica del cáncer de mama. En *Manual de Práctica clínica en Senología* (pp.163-169). Edit. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria.



- Tobón, S., Vinaccia, S. y Sandín, B. (2004). Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 9 (2), pp.81-98.
- Torres Tabanera, M. (2016). Interpretación radiológica en patología mamaria. En *Radiología básica de la mama*. [Artículo en web]. Recuperado de [http://www.sedim.es/nueva/wp-content/uploads/2015/01/Cap%C3%ADtulo\\_2\\_Interpretaci%C3%B3n.compressed.pdf](http://www.sedim.es/nueva/wp-content/uploads/2015/01/Cap%C3%ADtulo_2_Interpretaci%C3%B3n.compressed.pdf)
- Torres Tabanera, M., Vega Bolívar, A., Suárez Hernández, M. J. y González Casado, B. (2015). Métodos de punción diagnóstica. En *Manual de Práctica clínica en Senología* (pp.67-73). Edit. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria.
- Vázquez, C., y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, Vol. 4(2-3), pp.385-404.
- Wang, C., Miller, S. M., Egleston, B. L., Hay, J. L., y Weinberg, D. S. (2010). Beliefs about the causes of breast and colorectal cancer among women in the general population. *Cancer Causes Control*, Vol. 21, pp.99-107. DOI 10.1007/s10552-009-9439-3
- Women's Health Initiative. (2003). [Artículo en web]. Recuperado de <https://www.nhlbi.nih.gov/whi/diet.htm>
- Wong, P. y Weiner, B. (1981). When People Ask "Why" Questions, and the Heuristics of Attributional Search. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 40 (4), pp.650-663.



## ANEXOS

## ANEXO 1

### TABLA ATRIBUCIÓN CAUSAL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones sobre la atribución que hacen cincuenta mujeres sobre su cáncer de mama. Por favor, señale en cada caso el número que corresponda con la categoría según su criterio. En caso necesario, puede seleccionar varias categorías para una misma afirmación. Gracias.

1= ATRIBUCIONES PSICOLÓGICAS (síntomas psicológicos o psiquiátricos; personalidad; eventos estresantes)

2= FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS (riesgo genético/hereditario; edad; obesidad; función orgánica deficitaria; causas hormonales)

3= FACTORES DE RIESGO COMPORTAMENTALES (ausencia de prevención; uso/abuso de drogas legales e ilegales; problemas durante la lactancia; problemas relacionados con el trabajo)

4= AUSENCIA DE ACCESO A RECURSOS (atención médica deficitaria, ausencia de información; retraso en la atención médica)

5= DAÑO FÍSICO (moratones accidentales, traumatismos, golpes)

6= MALA SUERTE/DESTINO

7= AGENTES QUÍMICOS (veneno, polución, pesticidas)

CÓDIGO MUESTRA	AFIRMACIÓN	ATRIBUCIÓN						
1.	“Haber fumado de los 16 a los 20 años y retomarlo a los 33, tras la muerte de mi padre”	1	2	3	4	5	6	7
2.	“No lo sé, quizá todo lo que me ha pasado... por enviudar tan joven. Pero yo estaba muy contenta porque mi hijo mayor iba a hacer la comunión. No sé muy bien a qué se debe”	1	2	3	4	5	6	7
3.	“Durante la lactancia de mi hija tuve un pecho inflamado que me produjo fiebre alta y me hizo estar bastante enferma durante unas semanas... Esto fue en 1976, pero luego también me dijo el médico que yo tenía unas mamas fibroquísticas y muy densas”	1	2	3	4	5	6	7
4.	“No lo sé, no como mal. Quizá se deba a mi obesidad”	1	2	3	4	5	6	7
5.	“Mucho sufrimiento: he visto padecer mucho por mí a mi marido y a mi hija tras mi infarto”	1	2	3	4	5	6	7
6.	“Ha pasado, es hormonal”	1	2	3	4	5	6	7
7.	“El oncólogo me dijo que era hormonal y yo pensé que ha sido por las pastillas para no quedarme embarazada. Pero eso pasa cuando pasa”	1	2	3	4	5	6	7
8.	“Me ha tocado. Desde los 45 años me he hecho las mamografías, pero vieron algo y me hacían control cada 6 meses y cada año por micros [microcalcificaciones]. Y quizá eso haya tenido algo que ver”	1	2	3	4	5	6	7
9.	“Porque tenía que salirme”	1	2	3	4	5	6	7
10.	“Estrés, soy más de interiorizar... No sé por qué me ha salido”	1	2	3	4	5	6	7
11.	“No lo sé, tenía un bulto desde los 18 años pero me dijeron que no era nada”	1	2	3	4	5	6	7
12.	“A todo esto (refiriéndose a los acontecimientos vitales negativos), lo tengo muy claro. Los disgustos. Cuando me vine de Granada y empecé a rehacer mi vida y conocí a mi actual pareja pensé: a ver qué me sale ahora”	1	2	3	4	5	6	7
13.	“Me tocó, no pienso que se deba a nada concreto”	1	2	3	4	5	6	7
14.	“Disgustos, estrés... He hecho muchas locuras con los anticonceptivos, a veces se me olvidaban, a veces los retomaba y otras los dejaba”	1	2	3	4	5	6	7
15.	“Alimentación y aguantar todo lo que aguantado con mi padre, con mis hermanas y con mi ex pareja. Creo que todo eso puede haber afectado”	1	2	3	4	5	6	7

16.	“No lo sé, siempre me miraban por unas durezas”	1	2	3	4	5	6	7
17.	“Ni idea. No fumo ni bebo, osea que ni idea”	1	2	3	4	5	6	7
18.	“Tampoco me lo he planteado, me ha salido porque me tenía que salir”	1	2	3	4	5	6	7
19.	“Pues no lo sé, yo pensaba que esto a mi edad ya no ocurría”	1	2	3	4	5	6	7
20.	“Es un resacón de todo lo que llevo (refiriéndose a acontecimientos vitales negativos: el maltrato de ex pareja, más el aborto, más los problemas de alcohol y drogas de ex marido más la agresión de un desconocido)”	1	2	3	4	5	6	7
21.	“Antes de mi diagnóstico pensaba que solo se heredaba. Ahora sé que no, creo que igual el estrés influye porque el año antes de mi diagnóstico fue muy intenso”	1	2	3	4	5	6	7
22.	“No lo sé, yo siempre me miraba las mamas cuando tenía molestias, pero no sé por qué me ha salido ahora. También es verdad que yo siempre me he dedicado a proteger a los demás, nunca me he cuidado yo”	1	2	3	4	5	6	7
23.	“Factores hormonales y estresantes”	1	2	3	4	5	6	7
24.	“Nunca me lo había planteado”	1	2	3	4	5	6	7
25.	“Problemas de estrés durante los dos últimos años”	1	2	3	4	5	6	7
26.	“Todo lo que me he callado durante los problemas de alcoholismo de mi madre y, sobre todo, durante mi matrimonio (relación de maltrato físico y psicológico) tantos años”	1	2	3	4	5	6	7
27.	“No me lo explico: hago deporte y como sano”	1	2	3	4	5	6	7
28.	“He sufrido mucho con mi marido y mis hijos: me he volcado con ellos y eso también me ha hecho sufrir muchísimo”	1	2	3	4	5	6	7
29.	“No lo sé, quizá sea un cúmulo de cosas. Siempre me he cuidado”	1	2	3	4	5	6	7
30.	“A todo el sufrimiento que he pasado con los problemas con mi familia política y el maltrato sufrido por parte de mi hijo”	1	2	3	4	5	6	7
31.	“No lo sé, siempre me he cuidado mucho”	1	2	3	4	5	6	7
32.	“No lo sé, pero creo que al sufrir tanto con mi marido. Él siempre ha sido así y yo pensaba que iba a cambiar, pero no. Y también la muerte de mi madre un mes antes de mi diagnóstico. La cuidé durante 15 años todas las mañanas y por las tardes me dedicaba a cuidar de mis hijas”	1	2	3	4	5	6	7
33.	“Al estrés: mucho trabajo. Son muchas situaciones estresantes de allá para acá y además la casa”	1	2	3	4	5	6	7

34.	“Cúmulo de cosas: alimentación, radiaciones, estrés. Pero de forma general, no tengo una causa clara”	1	2	3	4	5	6	7
35.	“No lo sé, he sufrido mucho, también es verdad. Igual eso influye con otros factores”	1	2	3	4	5	6	7
36.	“Creo que sufrí mucho con mi matrimonio y mi separación, pero no sé si tendrá que ver. También la muerte de mi madre, la echo mucho de menos...”	1	2	3	4	5	6	7
37.	“Me ha tocado”	1	2	3	4	5	6	7
38.	“No lo sé, francamente. Aún sigo dándole vueltas a eso”	1	2	3	4	5	6	7
39.	“Creo que a una cuestión hormonal, aunque también pienso que puede haber influido mi estado de ánimo y mi vida sedentaria”	1	2	3	4	5	6	7
40.	“Una más de tantas mujeres afectadas”	1	2	3	4	5	6	7
41.	“Creo que mi cuerpo genera tumores por varios sitios” (tiene otro a nivel cerebral, según refiere)	1	2	3	4	5	6	7
42.	“Tipo hormonal, posiblemente por parte materna, pero no lo sé seguro”	1	2	3	4	5	6	7
43.	“Ahora me han dicho que es hormonal, es eso. Porque yo nunca he estado mala. Y siempre he hecho prevención cada año y mamografía cada dos. No me lo explico”	1	2	3	4	5	6	7
44.	“He padecido mucho en esta vida...”	1	2	3	4	5	6	7
45.	“No lo sé, toda mi vida me he mirado y no había notado nada. Quizá fuese el balonazo en ese pecho que me dieron un mes antes del diagnóstico”	1	2	3	4	5	6	7
46.	“No lo sé, llevo una vida muy ordenada. No fumo y no bebo”	1	2	3	4	5	6	7
47.	“Porque me ha tocado”	1	2	3	4	5	6	7
48.	“Pienso que es una cuestión hereditaria de mi madre”	1	2	3	4	5	6	7
49.	“Creo que a todo esto (refiriéndose a sucesos vitales negativos), he sufrido mucho. No sé si tiene que ver, pero seguro que algo ha influido”	1	2	3	4	5	6	7
50.	“No me he parado a pensarlo. Si lo pienso, en mi familia hay cáncer, pero de mama soy la primera...”	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO 2

Universidad Miguel Hernández

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para emplear los datos recogidos en esta entrevista para realizar el proyecto de investigación llevado a cabo por María José Lucas Cortés sobre el cáncer de mama, como parte de sus estudios de doctorado en la UMH.

He sido informada de que tendrá carácter anónimo y confidencial, sin que estos datos puedan cederse a terceros.

Elche, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 .

Firmado



**ANEXO 3**

FECHA ENTREVISTA:

CÓDIGO:

LUGAR DE REALIZACIÓN:

---

**PRESENTACIÓN:** **Gracias** por atender este cuestionario. Estoy realizando una investigación para conocer cuáles son los acontecimientos vitales más importantes en las mujeres afectadas por cáncer de mama. Esta información me servirá para ver cómo las personas gestionamos los eventos estresantes y cómo puede eso afectarnos a nuestra salud física. El objetivo es poder en un futuro ayudar mejor a personas en una situación similar.

Gozas de total libertad para contestar las cuestiones y tienes garantizada la **confidencialidad**, puesto que ningún dato será empleado para otro fin distinto a este y en ningún caso serán facilitados datos personales a terceros.

---

**DATOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES**

¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

Edad actual:

Nacionalidad:

Española.....1

Otra.....2 (indicar cuál:\_\_\_\_\_)

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

¿Cuál es tu estado civil?

Soltera

Divorciada Fecha:

Pareja Fecha:

Separada Fecha:

Casada Fecha:

Viuda Fecha:

Hijos:      ♂   ♀   Edades:



¿Cuál es tu situación de convivencia?

- Sola, desde:
- En pareja, desde: \_\_\_\_\_ Inicio relación en: \_\_\_\_\_
- Hijos: \_\_\_\_\_
- Otros familiares: \_\_\_\_\_
- Animales de compañía:

¿Cuál es tu situación laboral en estos momentos?

- Estudiante (especificar tipo de estudios que se están cursando actualmente: primarios, secundarios, universitarios, otros...) \_\_\_\_\_
- Ama de casa
- Empleada regulada (especificar profesión) \_\_\_\_\_ Fecha antigüedad: \_\_\_\_\_
- Empleada sin regular (especificar profesión) \_\_\_\_\_ Fecha antigüedad: \_\_\_\_\_
- De baja con percepción económica (especificar profesión) \_\_\_\_\_ Fecha antigüedad: \_\_\_\_\_
- De baja sin percepción económica (especificar profesión) \_\_\_\_\_ Fecha antigüedad: \_\_\_\_\_
- Desempleada con subsidio. Fecha antigüedad: \_\_\_\_\_
- Desempleada sin subsidio. Fecha antigüedad: \_\_\_\_\_
- Prejubilada (especificar profesión) \_\_\_\_\_ Fecha antigüedad: \_\_\_\_\_
- Jubilada (especificar profesión) \_\_\_\_\_ Fecha antigüedad: \_\_\_\_\_

#### VIVENCIAS IMPORTANTES A LO LARGO DE TU VIDA

Dime los 5 acontecimientos **más negativos** que consideras que has tenido que afrontar a lo largo de tu vida (indica fechas y gradúa de 0 a 10 el nivel de impacto donde 10 significa “lo peor que me podía haber pasado”):

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ G.I: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ G.I: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: G.I:

\_\_\_\_\_ Fecha: G.I:

\_\_\_\_\_ Fecha: G.I:

Dime los 5 acontecimientos **más positivos** que has vivido en tu vida (indica fechas y gradúa de 0 a 10 el nivel de impacto donde 10 significa “lo mejor que me podía haber pasado”):

\_\_\_\_\_ Fecha: G.I:

\_\_\_\_\_ Fecha: G.I:

\_\_\_\_\_ Fecha: G.I:

\_\_\_\_\_ Fecha: G.I:

\_\_\_\_\_ Fecha: G.I:

Luego volveremos sobre estos aspectos, ahora me gustaría conocer algún dato de tu historia médica:

#### DATOS CLÍNICOS

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_ Mama afectada: \_\_\_\_\_

¿Has padecido alguna recidiva? Sí No Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de lesión histológica diagnosticada: (en caso de recidiva, indicar 1 para el primer diagnóstico y 2 para el segundo si no eran el mismo tipo de tumor)

- Carcinoma ductal in situ
- Carcinoma lobulillar in situ
- Carcinoma ductal infiltrante
- Carcinoma lobulillar infiltrante
- Carcinoma inflamatorio
- Otro: \_\_\_\_\_

Indica, si sabes, los datos inmunohistoquímicos sobre tu tipo de tumor:

- Hormonal

- Triple negativo
- HER 2+
- Inflamatorio
- Otros datos: \_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas realizadas:

- Tumorectomía (se conserva el pecho, se quita sólo el tumor y los márgenes) fecha:
- Mastectomía (se quita la mama afectada al completo) fecha:
- Mastectomía bilateral (se quitan ambas mamas afectadas) fecha:
- Mastectomía para la mama afectada y también la sana (por prevención) fecha:
- Reconstrucción para la tumorectomía fecha:
- Reconstrucción para la mastectomía (un solo pecho) fecha:
- Reconstrucción para la mastectomía (ambos pechos) fecha:
- Otras (relacionadas con el cáncer de mama): \_\_\_\_\_

Indica qué tratamientos oncológicos has recibido:

- Quimioterapia; fecha de inicio: \_\_\_\_\_ fecha de finalización: \_\_\_\_\_
- Radioterapia; fecha de inicio: \_\_\_\_\_ fecha de finalización: \_\_\_\_\_
- Trat. hormonal (pastilla); fecha de inicio: \_\_\_\_\_ continúa en la actualidad: Sí No
- Inmunoterapia (vacuna); fecha de inicio: \_\_\_\_\_ fecha de finalización: \_\_\_\_\_
- Otros: \_\_\_\_\_

Indica si hay antecedentes de cáncer de mama en tu familia:

- Madre, fecha: \_\_\_\_\_
- Padre, fecha: \_\_\_\_\_
- Hijas (señalar cuántas): \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_
- Hijos (señalar cuántos): \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

- Hermanas (señalar cuántas): \_\_\_\_\_ fecha:
- Hermanos (señalar cuántos): \_\_\_\_\_ fecha:
- Tías/tíos por parte paterna, fecha:
- Tías/tíos por parte materna, fecha:
- Primos/as por parte paterna, fecha:
- Primos/as por parte materna, fecha:

Indica si tú o algún miembro de tu familia habéis sido estudiados en la Unidad de Consejo Genético Oncológico (para estudiar si tu cáncer tiene un componente hereditario):

- Yo he sido estudiada. Fecha:
- Miembros de mi familia han sido estudiados (indicar quien): Fechas:
  - Madre
  - Padre
  - Hijas
  - Hijos
  - Hermanas
  - Hermanos
  - Tíos/as por parte paterna
  - Tías/as por parte materna
  - Primos/as por parte paterna
  - Primas/as por parte materna

Indica el resultado de TU estudio:

- Resultado positivo para BRCA1
- Resultado positivo para BRCA2
- Resultado negativo (sólo para casos índice)
- Resultado no informativo
- Resultado no informativo con variante de efecto desconocido o sig. incierto

Indica el resultado del estudio de tus familiares:

- Resultado positivo para BRCA1 (quien: \_\_\_\_\_)
- Resultado positivo para BRCA2 (quien: \_\_\_\_\_)
- Resultado negativo (sólo para casos índice)

- Resultado no informativo
- Resultado no informativo con variante de efecto desconocido o sig. Incierto

Indica si has padecido otros problemas de salud, aunque ocurriesen hace años (otros diagnósticos de cáncer, problemas dermatológicos, problemas digestivos, problemas relacionados con el estrés, diabetes, hipertensión, migrañas...): Indica fechas:

---

---

---

---

---

---

---

Indica si te han operado de otros problemas de salud y la fecha:

---

---

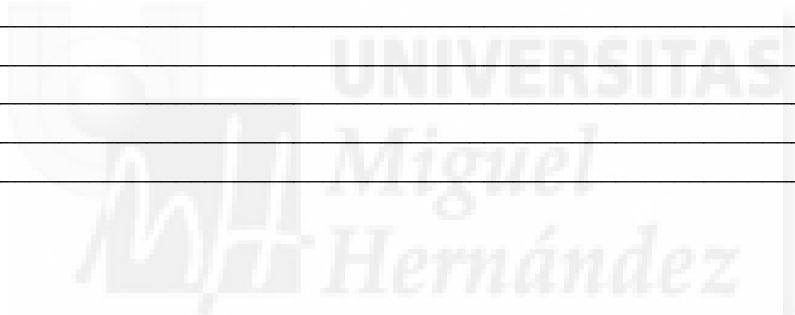
---

---

---

---

---



Indica medicación que estés tomando actualmente y desde cuándo la tomas:

---

---

---

---

---

---

---

Me gustaría saber a qué atribuyes la aparición del cáncer en tu caso:

---

---

---

---

---

---

---

¿Fumas? (en caso afirmativo indica aproximadamente el número de cigarrillos diarios)

---

—

¿Bebes alcohol? (En caso afirmativo indica aproximadamente qué bebida y cuánta cantidad)

---

—

¿Realizas ejercicio físico? (En caso afirmativo indica qué actividad y con qué frecuencia)

---

—

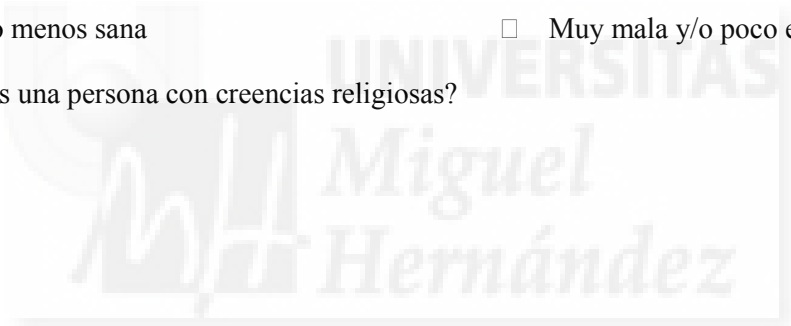
¿Cómo calificarías tu alimentación?

- Muy sana y/o equilibrada                       Más bien mala
- Más o menos sana                                       Muy mala y/o poco equilibrada

¿Te consideras una persona con creencias religiosas?

- Sí
- No

NOTAS



### **ESCALA DE SUCESOS VITALES (González de Rivera y Morera, 1983)**

A continuación señala con un círculo aquellos acontecimientos vitales que has experimentado (o experimentaste) en los últimos 24 meses antes del diagnóstico de cáncer de mama:

1. muerte del esposo/a o compañero/a
2. separación
3. divorcio
4. matrimonio
5. reconciliación
6. ruptura de noviazgo o relación similar
7. enamorarse o iniciar una amistad íntima
8. embarazo planificado
9. embarazo no planificado
10. aborto provocado
11. aborto no deseado
12. relación sexual al margen del matrimonio o de la relación de pareja
13. ruptura de la relación sexual al margen del matrimonio o relación de pareja
14. dificultades sexuales
15. dificultades en la educación de los hijos
16. hijos bajo el cuidado de otras personas
17. muerte de un familiar cercano
18. enfermedad o mejoría de la enfermedad de un miembro cercano
19. incorporación de un nuevo miembro a la familia
20. un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar
21. ruptura de la familia (separación de padres o de un hijo con la pareja)
22. problemas con vecinos o familiares que no viven en casa
23. desaparición de problemas con los vecinos o familiares que no viven en casa
24. periodo de alejamiento del hogar
25. hijos lejos del hogar
26. quedarse sin empleo
27. jubilación
28. despido
29. cambio de lugar de trabajo
30. la pareja comienza o deja de trabajar fuera de casa
31. ascenso en el trabajo
32. problemas mayores en el trabajo
33. nuevo empleo en la misma línea de trabajo
34. nuevo empleo en nueva línea de trabajo
35. cambio de horario o de las condiciones del trabajo
36. problemas con compañeros de trabajo
37. préstamo o hipoteca
38. ingresos aumentados sustancialmente
39. ingresos disminuidos sustancialmente
40. problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento
41. problema legal menor (multa, borrachera)
42. complicación en una pelea
43. enfermedad o accidente que requiera guardar cama
44. muerte de un amigo
45. cambio de casa
46. compra de casa
47. accidente o situación de violencia física

48. éxito personal de gran envergadura
49. exámenes
50. reformas en casa
51. cambio en las costumbres personales (en el vestir, relacionadas con el ejercicio físico)
52. cambio en las opiniones religiosas
53. cambio en las opiniones políticas
54. cambios en las costumbres sociales
55. cambios en el ritmo de sueño
56. cambios en las costumbres alimenticias o de apetito
57. vacaciones fuera de casa
58. fiesta de Navidad o Reyes
59. problemas relacionados con el alcohol o drogas
60. enfermedad prolongada propia que requiere tratamiento médico
61. repentino y serio deterioro de la audición y/o visión





IRE. Índice de Reactividad al Estrés (González de Rivera, 1990)

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable. Cada persona tiene una serie de reacciones características ante el estrés, y algunas de las más frecuentes se enumeran en la lista que sigue. Por favor, **marca las respuestas que te parecen más próximas a tu forma habitual de reaccionar en situaciones de estrés o tensión nerviosa.** Puedes modificar o añadir algo si lo deseas.

**Reacciones habituales en situaciones de estrés o tensión nerviosa:**

**0= nada**

**3= bastante**

**1= un poco**

**4= mucho/extremadamente**

**2= moderadamente**

1. Inquietud, incapacidad de relajarse y estar tranquila	0	1	2	3	4
2. Pérdida de apetito	0	1	2	3	4
3. Desentenderse del problema y pensar en otra cosa	0	1	2	3	4
4. Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo	0	1	2	3	4
5. Palpitaciones, taquicardia	0	1	2	3	4
6. Sentimientos de depresión y tristeza	0	1	2	3	4
7. Mayor necesidad de comer, aumento de apetito	0	1	2	3	4
8. Temblores, tics o calambres musculares	0	1	2	3	4
9. Aumento de actividad	0	1	2	3	4
10. Náuseas, mareos, inestabilidad	0	1	2	3	4
11. Esfuerzo por razonar y mantener la calma	0	1	2	3	4
12. Hormigueo o adormecimiento en las manos, la cara, etc.	0	1	2	3	4
13. Molestias digestivas, dolor abdominal, etc.	0	1	2	3	4
14. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
15. Entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación	0	1	2	3	4
16. Disminución de actividad	0	1	2	3	4
17. Pérdida de apetito sexual o dificultades sexuales	0	1	2	3	4
18. Tendencia a echar la culpa a alguien o a algo	0	1	2	3	4

19. Somnolencia o mayor necesidad de dormir	0	1	2	3	4
20. Aprensión, sensación de estar poniéndose enfermo	0	1	2	3	4
21. Agotamiento o excesiva fatiga	0	1	2	3	4
22. Ganas de orinar frecuentes	0	1	2	3	4
23. Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.	0	1	2	3	4
24. Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad	0	1	2	3	4
25. Diarrea	0	1	2	3	4
26. Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.)	0	1	2	3	4
27. Necesidad de estar solo sin que nadie le moleste	0	1	2	3	4
28. Aumento de apetito sexual	0	1	2	3	4
29. Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc.	0	1	2	3	4
30. Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden	0	1	2	3	4
31. Mayor dificultad en dormir	0	1	2	3	4
32. Necesidad de estar acompañada y ser aconsejada	0	1	2	3	4

### HAD (Terol et al., 2007)

A continuación, voy a hacerte unas sencillas preguntas sobre tu estado general actual. Esto nos ayudará a saber cómo te sientes, así que no es necesario que pienses mucho las respuestas. Contéstame en referencia a la última semana:

“Me siento tenso o nervioso”

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casi todo el día   | <input type="checkbox"/> De vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> Gran parte del día | <input type="checkbox"/> Nunca            |

“Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre”

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Igual que antes     | <input type="checkbox"/> Solamente un poco       |
| <input type="checkbox"/> No tanto como antes | <input type="checkbox"/> Ya no disfruto con nada |

“Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder”

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí, y muy intenso          | <input type="checkbox"/> Sí, pero no me preocupa |
| <input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy intenso | <input type="checkbox"/> No siento nada de eso   |

“Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas”

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Igual que lo hice siempre | <input type="checkbox"/> Actualmente mucho menos |
| <input type="checkbox"/> Actualmente algo menos    | <input type="checkbox"/> Actualmente en absoluto |

“Tengo la cabeza llena de preocupaciones”

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Casi todo el día   | <input type="checkbox"/> De vez en cuando |
| <input type="checkbox"/> Gran parte del día | <input type="checkbox"/> Nunca            |

“Me siento alegre”

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca           | <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones |
| <input type="checkbox"/> Muy pocas veces | <input type="checkbox"/> Gran parte del día   |

“Soy capaz de permanecer sentado tranquila y relajadamente”

- |                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Siempre  | <input type="checkbox"/> Raras veces |
| <input type="checkbox"/> A menudo | <input type="checkbox"/> Nunca       |

“Me siento lento y torpe”

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gran parte del día | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="checkbox"/> A menudo           | <input type="checkbox"/> Nunca   |

“Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueo en el estómago”

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

“He perdido el interés por mi aspecto personal”

- Completamente
- No me cuidó como debiera hacerlo
- Es posible que no me cuidó como debiera
- Me cuidó como siempre lo he hecho

“Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme”

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

“Tengo ilusión por las cosas”

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- En absoluto

“Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor”

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

“Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o televisión”

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

**INVENTARIO DE CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO (ICP) Rodríguez Marín, J., Sitges, E., Martín-Aragón, M., et al., 2005.**

Una de las últimas cosas de las que me gustaría hablar contigo es sobre la posibilidad de que hayas percibido algún cambio positivo tras esos acontecimientos importantes que me han enumerado antes. Para hacerlo lo más sencillo posible, puedes contestarme usando una escala de números, donde **0** es “**no he experimentado este cambio**”; **1** es “**he experimentado muy poco este cambio**”; **2** es “**he experimentado poco este cambio**”; **3** “**moderadamente**”; **4** “**lo he experimentado mucho**” y **5** “**lo he experimentado muchísimo**”:

1. He cambiado mis prioridades en cuanto a lo que es importante en mi vida \_\_\_\_
2. Valoro mi vida de una forma más positiva \_\_\_\_
3. He desarrollado nuevos intereses \_\_\_\_
4. He desarrollado mayor confianza en mí mismo/a \_\_\_\_
5. He mejorado mi comprensión de los asuntos espirituales \_\_\_\_
6. Sé que puedo contar con gente en mis momentos de angustia \_\_\_\_
7. He establecido un nuevo camino para mi vida \_\_\_\_
8. Me siento más cercano/a a otras personas \_\_\_\_
9. Me cuesta menos expresar mis emociones \_\_\_\_
10. He aprendido que puedo manejar mis dificultades \_\_\_\_
11. Soy capaz de hacer cosas mejores con mi vida \_\_\_\_
12. Soy más capaz de aceptar la forma en la que suceden las cosas \_\_\_\_
13. Soy más capaz de apreciar lo que vale cada día \_\_\_\_
14. Están a mi disposición nuevas oportunidades que, de otra manera, no lo estarían \_\_\_\_
15. Siento más compasión por los demás \_\_\_\_
16. Me esfuerzo más en mis relaciones personales \_\_\_\_
17. Es más probable que intente cambiar aquellas cosas que necesitan ser cambiadas \_\_\_\_
18. He desarrollado creencias religiosas o tengo una fe religiosa más fuerte \_\_\_\_
19. He descubierto que soy más fuerte de lo que creía \_\_\_\_
20. He aprendido mucho sobre lo maravillosa que es la gente \_\_\_\_
21. He aceptado que necesito a los demás \_\_\_\_