



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ  
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

**Trabajo Fin de Máster**

**Apoyo Social Percibido, Estado Emocional y Estrés en Cáncer de Mama  
tras cirugía.**

Autora: **Anaís García Aguado**

Director: **Daniel Lloret Irlles**

Septiembre, 2016

## **Resumen**

Introducción: El Cáncer de Mama es el más común entre las mujeres y el segundo tipo en el mundo. Tanto el proceso de enfermedad como los tratamientos provocan alteraciones en diversos ámbitos de la vida de las pacientes, a nivel físico, psicológico y social. El objetivo de investigación que se propone es la valoración del Apoyo Social Percibido, Estado Emocional y Estrés y estudiar las diferencias en función del Tipo de Cirugía mediante la que han sido intervenidas. Método: Se evaluaron en 20 mujeres enfermas de Cáncer de Mama que acuden a terapia psicológica a la Asociación Española Contra el Cáncer las variables: Apoyo Social Percibido mediante la Escala de Apoyo Social Percibido (EASP), Estado Emocional con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), Estrés mediante la Escala de Apreciación de Estrés (EAE) y variables sociodemográficas y clínicas de interés. Resultados: Se observan diferencias significativas en Estado Emocional y Estrés en ambos grupos, y peor apreciación del Apoyo Social por parte del grupo de cirugía Radical. Conclusión: La identificación de diferencias en la repercusión del Cáncer de Mama puede servir para optimizar la intervención psicológica y maximizar el proceso de adaptación psicosocial.

## **Abstract**

Introduction: Breast cancer is a type of cancer very common among women and the second type in the world. Both the disease process and the treatments provoke physical, psychological and social alterations in several ambits of life. It is set as objective of investigation the evaluation of the Perceived Social Support, Emotional State and Stress and study the differences according to the Type of Surgery through which they have been operated. Method: The next variables were evaluated on 20 females breast cancer patients that attend to psychological therapy to the Spanish Association Against Cancer: Perceived Social Support gauged by the Perceived Social

Support Scale (PSSS), Emotional State by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Stress by the Stress Assessment Scale (SAS) and sociodemographic variables and interest clinics. Results: Significant differences were observed in Emotional State and Stress in both groups, and worse assessment of the Social Support from the radical surgery group. Conclusion: The identification of differences in Breast Cancer impact may be helpful for optimize the psychological intervention and maximize the psychosocial process of adaptation



El Informe de Salud 2013 sobre indicadores de la OECD informa que en España se ha producido un descenso en la tasa de mortalidad por cáncer del 13%, encontrándose en la media de los países de la OECD, pero es muy inferior al de otros países europeos o a USA. En España, la incidencia es del 29%, la mortalidad del 15.5% y la prevalencia a cinco años del 40.8%. La OMS (2012) informa que entre los años 2008 y 2012, la incidencia del Cáncer de Mama aumentó un 20% y la mortalidad un 14% a nivel mundial. Así, el 25% de casos de cáncer diagnosticados en 2012 fue de mama, siendo el más común entre las mujeres a nivel mundial (OMS, 2012) y en España (GLOBOCAN, 2012). La tendencia de la prevalencia y mortalidad del Cáncer de Mama es en aumento y se prevé para 2025 hasta 2.5 millones de nuevos casos y hasta 800.000 muertes (OMS, 2012). Además, la Asociación Española Contra el Cáncer estima que el riesgo de padecer Cáncer de Mama es, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres.

El Cáncer de Mama es una enfermedad crónica amenazante para la vida e integridad de las personas que confronta con el dolor, sufrimiento y procesos médicos. Por consiguiente se señala como una situación susceptible de inducir estrés a nivel físico, psicológico y social (Santos, 2003). La enfermedad y tratamiento pueden causar cambios en la apariencia y funcionamiento del cuerpo, problemas emocionales, alteración de las actividades cotidianas y rol familiar, social y laboral, modificación de las expectativas y planes de futuro, comprometiéndose el funcionamiento físico, psicológico, emocional y social e influyendo en la calidad de vida de las mujeres (Hack et al., 2010).

El diagnóstico de cáncer y su tratamiento supone un hecho estresante que puede sobrepasar a las personas que lo padecen. El estrés en la fase de remisión no es habitualmente reconocido y puede convertirse en una fase solitaria (Leigh & Stovall,

2003). Se refleja la incertidumbre en cuanto al futuro principalmente en lo que se refiere a la recurrencia y gestión de síntomas (Wade, Nehmy & Koezwara, 2005) y a los problemas sociales en la relación de pareja, soledad, aislamiento y reducción actividades sociales y laborales (Rodríguez, 1999). Es significativo el sentido de ambigüedad, ya que la mayoría de las mujeres sienten alivio al finalizar el tratamiento pero, de forma paradójica, pueden sentir tristeza, ansiedad y desamparo debido al abandono de la seguridad que les ofrecían los tratamientos y al esfuerzo en la reestructuración del contexto social (Pinto & Ribeiro, 2007). Por tanto, las pacientes con Cáncer de Mama tienen mayor propensión a la depresión y a la ansiedad después del diagnóstico y tras el tratamiento, debido a la posible mastectomía y a los efectos secundarios del tratamiento (Barreto & Pintado, 2011).

Los trabajos indican que la enfermedad está relacionada con elevados niveles de emociones negativas y malestar psicológico, especialmente con síntomas de ansiedad y depresión debido a su larga evolución y posibilidades de recaída (Almanza, Juárez, Silva & Huerta, 2010) y por los temores y estigma de la enfermedad (Valencia, 2006). Entre un 30% y un 50% de las mujeres con Cáncer de Mama presentan alguna alteración psicológica, siendo los problemas de ansiedad y depresión los más frecuentes (Maguire, 2000) en entre un 30% y un 40%, tres o cuatro veces más que en población general (Epping-Jordan, 1999; citado en Compas & Luecken, 2002). Por otro lado, otros estudios reflejan que después de una primera fase de adaptación las pacientes consiguen controlar sus reacciones emocionales, apuntando a una transitoriedad de la alteración emocional y a la recuperación con el paso del tiempo (Wong & Fielding, 2007),

El padecimiento de Cáncer de Mama impone a las mujeres adaptaciones en diversos ámbitos y la implementación de recursos en el proceso de enfermedad (Wimberly, Carver, Laurenceau & Antoni, 2005), que pueden protegerlas preservando

su calidad de vida y facilitando la adaptación psicosocial (Friedman et al, 2006). Según diversas investigaciones la existencia de relaciones interpersonales significativas a lo largo de proceso e incluso en supervivencia, se identifica como una necesidad (Lindop & Cannon, 2001). Así, la red de apoyo puede ayudar de manera importante a reducir la tensión ya que pueden compartir sus miedos, emociones, ser ayudadas en tareas cotidianas (Goodwin, 2005). Las mujeres que perciben el soporte social recibido como adecuado evidencian menores niveles de estrés, mejor valoración de la calidad de vida y mejor capacidad de adaptación (Bloom, Stewart, Johnston, Banks & Fobair, 2001).

El estudio del Apoyo Social (A.S.) ha ido tomando relevancia, aumentando la valoración del contexto en el ámbito de salud-enfermedad (Merino, 2009). Es difícil la unanimidad en la conceptualización del A.S. (Terol et al., 2004), resultando un concepto multidimensional y dinámico. El A.S. percibido es la percepción que la persona tiene del apoyo que le prestan las personas significativas de su red social (Llorca & Díez, 1999). La conceptualización se ha centrado en las diferentes fuentes de A.S. (familia, amigos, equipo médico, etc.), de las cuales interesa la calidad del A.S. percibido como realmente satisfactorio (Hegelson & López, 2010), y en los diversos tipos de A.S. que provee ayuda relacionada con el estrés, como el A. Emocional, Informativo e Instrumental (Tanis, 2007). El A. Emocional son los sentimientos de apoyo y seguridad, preocupación y cuidado; el A. Informativo implica recibir información para orientar una determinada situación, y el Instrumental es el abastecimiento de ayuda concreta, mediante bienes materiales, tareas o apoyo económico (Hegelson & López, 2010). Según Hoffman, Müller y Frasson (2006), las principales fuentes de apoyo para las mujeres con Cáncer de Mama son los miembros de la familia, en especial los compañeros sentimentales, y amigos.

El A.S. actualmente es uno de los principales conceptos en el área de la psicooncología ya que su percepción produce un impacto beneficioso en los indicadores de salud y bienestar (Pozo, Bretones, Martos, Alonso & Cid, 2012) y protege de la morbilidad física y psicológica ante las alteraciones por el estrés (Kim, Han, Shaw, Metavish & Gustafson, 2010), funcionando como mediador o moderador. Por tanto, las relaciones interpersonales son capaces de minimizar el impacto del estrés causado por la enfermedad (Kim, Han, Shaw, Metavish & Gustafson, 2010). Sin embargo, hasta el momento no se conoce con seguridad en qué grado contribuye cada mecanismo sobre la acción que ejerce el A.S. sobre la salud (Alonso, Menéndez & González, 2013).

Un A.S. percibido adecuado provoca principalmente niveles más bajos de estrés y de ansiedad y depresión, mayor autoestima, mejora del autoconcepto, aumento de comportamientos promotores de salud y de actividades sociales, menos sentimientos de abandono y aislamiento, mejor valoración de calidad de vida y mejor adaptación psicológica al Cáncer de Mama (Shelby et al., 2008). Las fases de diagnóstico y tratamiento se asocian a una percepción más positiva del Cáncer de Mama quizá debido a una mayor concienciación sobre la disponibilidad de apoyo y ayuda por parte de la red social, que disminuye en la fase de supervivencia (Bloom, Petersen & Kang, 2007). Al finalizar el tratamiento las visitas al hospital y el contacto con el equipo médico no es tan frecuente y, por consiguiente, las personas cercanas pueden percibir la enfermedad como algo del pasado; así, a partir del primer año tras el diagnóstico el A.S. recibido comienza a disminuir de forma significativa (Bloom, Stewart, Chang & Banks, 2004). Principalmente el A. Emocional debe prolongarse en el tiempo ya que sigue constituyendo una necesidad para la mujer superviviente (Die-Trill, 1999) y ayuda al crecimiento postraumático (Weiss, 2004) y, si no está presente se asocia con altos niveles de ansiedad y depresión (Burgess et al., 2005).

Existen variables intervinientes que influyen en el malestar emocional, tales como el tipo de cirugía. La extirpación del pecho aún se realiza en muchos casos y pocas mujeres se someten a reconstrucción (García & Domínguez, 2010). El procedimiento produce efectos psicológicos y sociales sobre la persona a causa de los cambios en el autoconcepto e imagen corporal, puesto que se altera la simetría corporal, la función reproductiva y materna (Gómez, 2005). La afectación emocional no es inmediata ya que la preocupación por el diagnóstico resta importancia a la amputación (Moreno, Almonacid, Queipo & Lluch, 2006) por lo que puede tomar mayor relevancia en fases posteriores. Las emociones que se producen por la mastectomía son sentimientos de pérdida, desvalorización de la imagen corporal, tristeza, rabia y frustración, y frecuentemente trastornos de ansiedad y depresión (Gil & Costa, 2005). Al-Ghazal, Fallowfield y Blamey (2000) encontraron que el 69% de mujeres con mastectomía presentaban síntomas de ansiedad y el 10% de depresión, frente al 38% y 7% en escisión local. Sin embargo, en otros estudios no se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos (Ganz et al., 2004). Además, la mastectomía puede conllevar una alteración a nivel social, evitando relaciones sociales por temor, rechazo o vergüenza, cambiando de estilo de vida y teniendo problemas a nivel sexual (Fernández, 2004).

Conocer el Apoyo Social Percibido de las mujeres con Cáncer de Mama y las alteraciones en distintos ámbitos resulta indispensable para llevar a cabo adecuadas intervenciones en Psicooncología y proporcionar los recursos apropiados para la confrontación y adaptación a la enfermedad.

En este sentido, se plantean dos objetivos generales:

- Valorar el estado emocional, estrés y apoyo social percibido de las mujeres afectadas por Cáncer de Mama.



- Estudiar las diferencias en estado emocional, estrés y apoyo social percibido en función del tipo de cirugía.

Por ello, se derivan los siguientes objetivos específicos:

- Describir el estado emocional, ansiedad y depresión, en las mujeres con Cáncer de Mama.
- Determinar el grado de estrés en las mujeres con Cáncer de Mama.
- Describir el apoyo social percibido (proveedores, satisfacción y tipos de apoyo) de las mujeres con Cáncer de Mama.
- Determinar diferencias en el estado emocional, estrés y apoyo social percibido según el tipo de cirugía.

Las hipótesis que se plantean son:

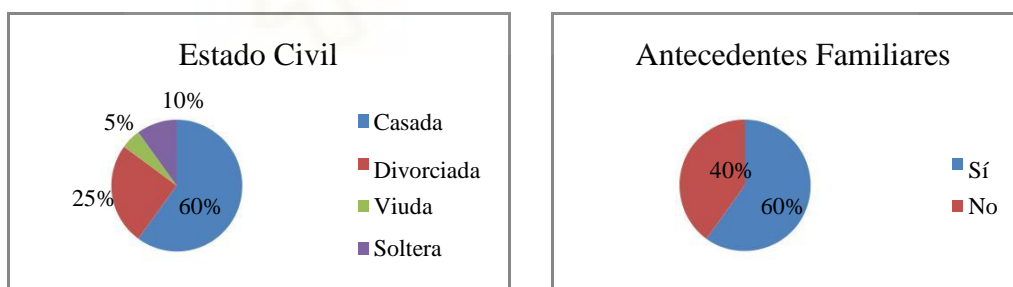
- Hipótesis 1: Las mujeres con Cáncer de Mama presentarán puntuaciones medio-altas en ansiedad y en depresión.
- Hipótesis 2: Las mujeres con Cáncer de Mama presentarán altos niveles en estrés percibido por la enfermedad.
- Hipótesis 3: Las mujeres con Cáncer de Mama informarán más frecuentemente como proveedores de apoyo a la Pareja y Amigos.
- Hipótesis 4: Las puntuaciones en satisfacción serán bajas en la mayoría de proveedores excepto en Pareja y Amigos.
- Hipótesis 5: El tipo de apoyo más frecuente en Pareja y Amigos será de tipo emocional (Visitar, Acompañar, Distraer).
- Hipótesis 6: Las mujeres intervenidas mediante cirugía Radical tendrán un mayor impacto emocional que las tratadas con cirugía Conservadora.
- Hipótesis 7: Las mujeres intervenidas mediante cirugía Radical informarán de mayores niveles de estrés que las tratadas con cirugía Conservadora.

- Hipótesis 8: Las mujeres intervenidas mediante cirugía Radical informarán de menor número de proveedores reales de apoyo que las mujeres de cirugía Conservadora.
- Hipótesis 9: Las mujeres del grupo de cirugía Radical tendrán un nivel de Satisfacción menor que las del grupo de cirugía Conservadora.
- Hipótesis 10: Las mujeres intervenidas mediante cirugía Radical informarán de menos acciones de apoyo y menos frecuentemente que las de cirugía Conservadora.

## **Método.**

### **a. Participantes**

La muestra está compuesta por 20 mujeres diagnosticadas de Cáncer de Mama que han asistido a terapia en la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) de Alcoy. La media de edad del grupo es de 55,1 años, con una desviación típica de 10,08 (rango: 41-71 años), representando el 35% de la muestra las mujeres menores de 50, el 35% las de entre 50 y 60 y el 30% el grupo de más de 60 años. La mayoría de mujeres están casadas y cuenta con experiencias familiares de diagnóstico de cáncer.



Respecto al tipo de cirugía recibida, el 50% de la muestra pertenece al grupo de cirugía Conservadora y el otro 50% a Radical, es decir, hay 10 mujeres en cada grupo de cirugía. Atendiendo a la situación actual de tratamiento y enfermedad, todas las mujeres se encuentran en fase de remisión de la enfermedad en transición a la supervivencia, al final del tratamiento de hormonoterapia administrado en la mayoría de casos durante cinco años.

## **b. Variables e instrumentos**

### Apoyo Social Percibido

Para la evaluación se ha utilizado la Escala de Apoyo Social Percibido (EASP) (Terol et al., 2000), validada con pacientes oncológicos. Se compone de tres ítems que evalúan las dimensiones Proveedores, Adecuación y Acciones de apoyo. Así, se presenta un listado de 9 posibles proveedores de la red familiar, social y profesional, y para cada uno se pide información sobre:

- Qué proveedores tienen disponibles y si percibe apoyo o no. La dimensión incluye de esta manera número de Proveedores Reales (están en la red y se percibe apoyo), No Proveedores (están en la red pero no se percibe apoyo) y No Disponibles (no están en la red).
- El grado de Satisfacción con el apoyo percibido de cada proveedor de apoyo real mencionado (1 = Nada y 5 = Mucho).
- Las Acciones de Apoyo percibidas de cada proveedor real. El total que pueden ser percibidas de cada proveedor oscila entre 0 y 12.

### Estado Emocional

Para medir la Ansiedad y la Depresión se ha utilizado la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), creada por Zigmond y Snaith (1983), versión adaptada al castellano por Terol et al., (2007). Evalúa las respuestas emocionales de ansiedad y depresión en enfermos físicos, mentales, en población general y en pacientes oncológicos para detectar malestar emocional. Consta de 14 ítems relacionados con la percepción del sujeto de su estado emocional y afectivo de la última semana, con una escala tipo Likert de cuatro puntos en función del grado de acuerdo. Se obtienen puntuaciones para cada factor y una puntuación total de distrés psicológico. El rango para ambos factores va de 0 a 21; puntuaciones altas significan niveles más elevados de

ansiedad y/o depresión. En pacientes oncológicos, los puntos de corte en la subescala de ansiedad de 10 para la muestra de mujeres y de 4 en Depresión. El instrumento presenta buenas propiedades psicométricas en cuanto a validez de contenido (cargas factoriales superiores a 0,63 en población oncológica) y varianza total explicada (55,45%); además, los índices de consistencia son superiores a 0,69.

### Estrés

Para la evaluación del Estrés se utilizó la Escala de Apreciación de Estrés (EAE) (López-Roig, Terol, Pastor, Rodríguez-Marín y Sánchez, 1999), adaptación de la Appraisal Scale presentada por Vitaliano et al. (1995), validada en pacientes oncológicos. Evalúa el grado en que se percibe una situación como estresante. Consta de 11 ítems con formato de respuesta tipo Likert de seis categorías (1=Completamente en desacuerdo y 6=Completamente de acuerdo), donde el sujeto expresa en qué grado las frases descritas se pueden aplicar a su problema de enfermedad, enmarcados en los tres factores Grado de Importancia, Temporalidad y Grado de Control. Permite obtener una puntuación total así como de cada factor. Valores más elevados representan, en general mayor grado de estrés percibido por la enfermedad y, en particular mayor grado de amenaza, mayor duración y menor grado de control sobre él mismo. La fiabilidad es de  $\alpha = 0,77$ , y los tres factores presentan un total de varianza explicada de 61,42%.

### c. Procedimiento

Para la realización del estudio se contó con la colaboración de la psicóloga de la Asociación Española Contra el Cáncer de Alcoy, facilitando el acceso a la muestra. Se contactó con las pacientes mediante la agenda de trabajo de la psicóloga, en las sesiones de tratamiento a las que acudían tras las que, respetando su voluntariedad y argumentando el trabajo, se les planteaba la posibilidad de participar en él. Se remarcaba el carácter confidencial y anónimo de los datos aportados y se les informaba

sobre la investigación, resolviendo las posibles dudas. Al término de la sesión de terapia y tras el consentimiento informado, eran administrados los cuestionarios o autoadministrados por petición expresa. Los criterios de inclusión fueron ser mujer, estar diagnosticada de Cáncer de Mama en fase de remisión, haber sido intervenida mediante cirugía Conservadora o Radical, no presentar patología psiquiátrica, ni comorbilidad psicológica o física y desear participar. La administración y recogida de los cuestionarios se llevó a cabo entre los meses de marzo y mayo del año 2014.

#### **d. Tipo de diseño**

Este estudio se define como correlacional y transversal.

#### **e. Análisis de los datos**

Para realizar el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.0 para Windows. Para llevar a cabo los objetivos del estudio se calcularon estadísticos descriptivos y pruebas de normalidad para las variables cuantitativas. Debido a que resultados de las pruebas de normalidad no mostraron una distribución normal ( $p < ,05$ ) y al limitado tamaño muestral, se decidió aplicar pruebas no paramétricas. Al tratarse de variables dicotómicas se aplicó la prueba de U de Mann Whitney. Para el análisis de las variables categóricas se realizaron tablas de contingencia bidimensionales (2x2), mostrando las frecuencias de cada categoría de las variables para determinar su posible relación. Para analizar si las variables dicotómicas se encuentran asociadas se aplicó la prueba exacta de Fisher debido al limitado tamaño muestral y a que los valores esperados casi en la totalidad de los casos eran menores de 5. El nivel de significación que se ha utilizado en las pruebas es de  $\alpha \leq ,05$ .

### **Resultados**

En la tabla 1 se muestran los proveedores reales de apoyo social percibidos, las personas que están disponibles pero no son proveedores y las no disponibles en su red.

Los proveedores menos disponibles son Hermanos y Vecinos, y los más disponibles Amigos y Pareja. Los porcentajes relativos respecto a los proveedores reales y no proveedores se han calculado sobre el total de los disponibles, observándose que son de los Hijos, Pareja y Amigos de quienes perciben más apoyo. Por el contrario, casi el total de la muestra no percibe apoyo de Médicos y Enfermería, y una gran mayoría tampoco por parte de Vecinos, Padres, Hermanos y Compañeros, a pesar de estar disponibles. De media las pacientes perciben en su red más no proveedores que proveedores reales.

Tabla 1. *Proveedores de Apoyo.*

Proveedores	Proveedor Real			No Proveedor			No Disponible	
	N	%	%(*)	N	%	%(*)	N	%
Pareja	15	75	78,94	4	20	21,05	1	5
Hijos	12	60	85,71	2	10	14,28	6	30
Padres	4	20	28,57	10	50	71,42	6	30
Hermanos	3	15	33,33	6	30	66,66	11	55
Compañeros	6	30	37,5	10	50	62,5	4	20
Amigos	14	70	70	6	30	30	0	0
Vecinos	2	10	20	8	40	80	10	50
Médicos	1	5	6,25	15	75	93,75	4	20
Enfermería	1	5	7,14	13	65	92,85	6	30
Media	2,90 (1,07)			3,70 (1,98)			2,40 (1,43)	

Nota: N= 20. % Frecuencia total pacientes. \*Frecuencia relativa al total de pacientes con el Prov. Disponible. Media (desv. típica).

Teniendo en cuenta los proveedores reales, en la tabla 2 se observa que la satisfacción con el apoyo de la Pareja es la más elevada seguida de Amigos. Por el contrario la mayoría de veces es poca con Compañeros, Padres, Hijos y Hermanos. Todas las pacientes que informan de proveedores reales a Vecinos, Médicos y Enfermería tienen poca satisfacción con el apoyo.

Tabla 2. *Grado de Satisfacción con el Apoyo por Proveedor Real.*

Proveedores	Poco		Mucho	
	N	%	N	%
Pareja	5	33,33	10	66,67
Hijos	8	66,67	4	33,33
Padres	3	75	1	25
Hermanos	2	66,67	1	33,33
Compañeros	5	83,33	1	16,67
Amigos	6	42,86	8	57,14
Vecinos	2	100	0	0
Médicos	1	100	0	0
Enfermería	1	100	0	0

Nota. Media (desv. típica). % Proveedores Reales.

En cuanto a las acciones de apoyo más comunes, la tabla 3 muestra que todas las pacientes que informan a la Pareja como proveedor real perciben que Acompaña, y en la mayoría de casos Escucha, Distrae y Anima. En los Hijos las acciones son Acompañar, Visitar y Animar. Todas las que informan de apoyo por parte de sus Padres perciben que se Ofrecen y ayudan en la Economía, y la mayor parte que Aconsejan y Visitan. El apoyo en Hermanos se percibe en su mayoría en Escucha, Informa, Visita e Interesarse. Por parte de los Compañeros, la acción que más se percibe es Visitar, y la mitad de los casos informa Animar, Ofrecerse, Tareas e Interesarse. Respecto a los Amigos, la acción más común es Distrae, seguida de Anima, Visita y Escucha.

Tabla 3. *Acciones de Apoyo por Proveedor Real.*

Acciones	Pareja		Hijos		Padres		Hermanos		Compa.		Amigos		Vecin.		Médico		Enfer.		Total %
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Escucha	12	80	5	41,67	1	25	2	66,67	2	33,33	9	64,28	0	0	0	0	1	100	46,2
Anima	10	66,67	7	58,33	1	25	1	33,33	3	50	11	78,57	1	50	0	0	0	0	41,32
Distrae	13	86,67	6	50	1	25	0	0	1	16,67	12	85,71	0	0	0	0	0	0	29,71
Informa	1	6,67	3	25	1	25	2	66,67	1	16,67	4	28,57	0	0	1	100	1	100	41,22
Aconseja	5	33,33	3	25	3	75	1	33,33	0	0	6	42,85	1	50	1	100	1	100	51
Visita	5	33,33	7	58,33	3	75	2	66,67	5	83,33	11	78,57	1	50	0	0	0	0	51,22
Ofrece	3	20	3	25	4	100	0	0	3	50	7	50	0	0	0	0	0	0	28,33
Tareas	8	53,33	4	33,33	1	25	1	33,33	3	50	2	14,28	0	0	0	0	0	0	24,33
Economía	8	53,33	3	25	4	100	1	33,33	0	0	1	7,14	0	0	0	0	0	0	31,44
Interesa	3	20	4	33,33	2	50	2	66,67	3	50	8	57,14	2	100	0	0	0	0	43
Acompaña	15	100	8	66,67	2	50	1	33,33	0	0	7	50	0	0	0	0	0	0	33,33

Nota. % Proveedores Reales por Tipo de Apoyo. Total % Tipo de Apoyo.

En la tabla 4 se muestra la media y desviación típica de las variables Estado Emocional y Estrés, con puntuaciones elevadas de 9,80 en Ansiedad, 5,10 en Depresión y 3,64 en Estrés percibido.

Tabla 4. *Descripción del Estado Emocional.*

Estado Emocional	Media
Ansiedad (1-21)	9,80 (6,12)
Depresión (1-21)	5,10 (3,78)
Estrés (1-6)	3,64 (1,56)

Nota. Estado Emocional (Rango Puntuación Directa). Media (desv. típica)

En la tabla 5 puede se compara la frecuencia de los proveedores disponibles y no disponibles según el tipo de cirugía Las diferencias entre marcar a un proveedor como real o no proveedor cuando está disponible, es decir, si la frecuencia de un proveedor

como real o no cambia por el hecho de pertenecer a un grupo u otro de cirugía, es significativa sólo en el caso del proveedor Amigos ( $p=,011$ ). Los menos disponibles para las mujeres de cirugía Conservadora son Hermanos y Padres y para las de Radical son Vecinos y Hermanos. Si se atiende a las diferencias de cirugía Conservadora en sus proveedores disponibles, la mayoría tienen mayor frecuencia como reales, excepto Vecinos, Enfermería y Médicos que aparecen más veces como no proveedores, y Hermanos que es marcado de forma equitativa. En el grupo Radical, se marcan más veces a la mayoría como no proveedores, exceptuando Pareja e Hijos. Atendiendo a los proveedores reales son más las mujeres de Conservadora las que informan de un mayor número de proveedores como reales. Al revés ocurre con Médicos y Enfermería, siendo informados como reales por el grupo Radical. En cuanto a los no proveedores ocurre al contrario, la mayoría de mujeres de cirugía Radical informan de un mayor número de no proveedores. Esta situación se invierte en el caso de Vecinos, Médicos y Enfermería que son marcados más veces por el grupo Conservadora. En los datos sobre la media de proveedores se observa que de los proveedores disponibles, son marcados como reales más en el grupo de cirugía Conservadora y como no proveedores más en Radical.

Tabla 5. *Frecuencia de Proveedores según el Tipo de Cirugía.*

Proov.	Proveedor Real						No Proveedor						No Disponible				
	Conservadora			Radical			Conservadora			Radical			Conserv.		Radical		
	N	%	%(*)	N	%	%(*)	N	%	%(*)	N	%	%(*)	Fisher	N	%	N	%
Pareja	8	53,33	42	7	46,67	36,84	1	25	5,26	3	75	15,78	,582	1	100	0	0
Hijos	7	58,33	50	5	41,67	35,71	0	0	0	2	100	14,28	,462	3	50	3	50
Padres	3	75	21,43	1	25	7,14	2	20	14,28	8	80	57,14	,095	5	83,33	1	16,67
Herma.	2	66,67	22,22	1	33,33	11,11	2	33,33	22,22	4	66,67	44,44	,524	6	54,54	5	45,45
Compa.	5	83,33	31,25	1	16,67	6,25	3	30	18,75	7	70	43,75	,119	2	50	2	50
Amigos	10	71,43	50	4	28,57	20	0	0	0	6	100	30	,011*	0	0	0	0
Vecinos	1	50	10	1	50	10	5	62,50	50	3	37,50	30	1,000	4	40	6	60
Médic.	0	0	0	1	100	6,25	8	53,33	50	7	46,67	43,75	1,000	2	50	2	50
Enferm.	0	0	0	1	100	7,14	7	53,85	50	6	46,15	42,86	1,000	3	50	3	50
Media	4	(,70)		2,44	(,92)		3,1	(1,87)		5,1	(1,71)			2,88	(1,58)	2,44	(1,32)

Nota. Media (desv. típica). \* $p < 0,5$  Estadístico Exacto de Fisher. % Frecuencia según Tipo de Proveedor. %(\*) Frecuencia según Disponibles.



En la tabla 6 se analizan las diferencias en el grado de satisfacción con el apoyo percibido por los proveedores reales de cada grupo. En Radical se informa de poca satisfacción con el apoyo de todos los proveedores, habiendo únicamente dos casos que muestran mucha satisfacción con la Pareja. En Conservadora la satisfacción es elevada un mayor número de veces con Hijos y Amigos, y siempre con la Pareja. Se informa de poca satisfacción con Padres, Compañeros y Vecinos, y en Hermanos la muestra se reparte de forma equitativa. En cirugía Conservadora la media de veces que se informa de mucha satisfacción es superior, al contrario que en Radical. Además tanto en Pareja ( $p=,007$ ) como en Amigos ( $p=,015$ ) existen diferencias estadísticamente significativas, es decir, el hecho de haber recibido uno u otro tipo de cirugía se relaciona con informar de mayor o menor grado de satisfacción con estos proveedores.

Tabla 6. *Grado de Satisfacción con el Apoyo según Tipo de Cirugía.*

Proveedores	Conservadora				Radical				Fisher
	Poco		Mucho		Poco		Mucho		
	N	%(*)	N	%(*)	N	%(*)	N	%(*)	
Pareja	0	0	8	100	5	71,43	2	28,57	,007*
Hijos	3	42,86	4	57,14	5	100	0	0	,081
Padres	2	66,67	1	33,33	1	100	0	0	1,000
Herman.	1	50	1	50	1	100	0	0	1,000
Compa.	4	80	1	20	1	100	0	0	1,000
Amigos	2	20	8	80	4	100	0	0	,015*
Vecinos	1	100	0	0	1	100	0	0	-
Médicos	0	0	0	0	1	100	0	0	-
Enferm.	0	0	0	0	1	100	0	0	-

Nota. %(\*) Frecuencia según muestra de Tipo de Cirugía. \* $p < 0,5$  Estadístico.Exacto Fisher.

En la tabla 7 se muestran las acciones de apoyo que realiza cada proveedor real de cada grupo. A la Pareja son más las mujeres de cirugía Conservadora las que la informan como real en cada tipo de apoyo excepto en Visita que son más las de Radical. En Hijos, Conservadora percibe más apoyo de Anima, Informa, Aconseja, Visita, Ofrece y Tareas, y el Radical de Escucha y Economía. El apoyo Distrae, Interés y Acompaña es percibido con la misma frecuencia. En cuanto a los Padres, son más las mujeres de Conservadora en todos los tipos, excepto en Informa donde son más las de Radical e Interés cuya frecuencia es la misma. Los Hermanos son nombrados en la

mayoría de acciones por el grupo Conservadora, excepto Tareas y Acompañar que es informado más veces por el grupo Radical. En Interés e Informa el apoyo es percibido por igual, y Distrae y Ofrecerse no lo son en ninguno. Respecto a Compañeros, las mujeres de cirugía Conservadora perciben más apoyo en la mayoría de acciones, excepto en Escucha donde la percepción es la misma y en Aconseja, Economía y Acompaña que no se perciben en ningún grupo. En Amigos es superior la frecuencia en todas las acciones en Conservadora. Respecto a Médicos y Enfermería fue una persona de Radical quien los marcó como proveedor real, percibiendo apoyo de Informa en ambos y Escucha por parte de Enfermería. Es de destacar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna acción de apoyo según el tipo de cirugía. No se encuentran en los datos presentados diferencias estadísticamente significativas que permitan atribuir una acción de apoyo a un tipo de cirugía, es decir, informar de la percepción de una determinada acción de apoyo o no hacerlo por el hecho de permanecer a un grupo u otro de cirugía.

Tabla 7. *Acciones de Apoyo según Tipo de Cirugía.*

Acciones Apoyo	N	Pareja		Hijos		Padres		Hermanos		Compañeros		Amigos	
		C	R	C	R	C	R	C	R	C	R	C	R
Escucha	7	5	2	3	1	0	2	0	1	1	6	3	
%	58,33	41,66	40	60	100	0	100	0	50	50	66,66	33,33	
Anima	7	3	5	2	1	0	1	0	3	0	8	3	
%	70	30	71,43	28,57	100	0	100	0	100	0	72,72	27,27	
Distrae	8	5	3	3	1	0	0	0	1	0	9	4	
%	61,54	38,46	50	50	100	0	0	0	100	0	69,23	30,77	
Informa	1	0	2	1	0	1	1	1	1	0	4	0	
%	100	0	66,67	33,33	0	100	50	50	100	0	100	0	
Aconseja	4	1	2	1	2	1	1	0	0	0	4	2	
%	80	20	66,67	33,33	66,67	33,33	100	0	0	0	66,67	33,33	
Visita	2	3	5	2	2	1	2	0	4	1	8	3	
%	40	60	71,43	28,57	66,67	33,33	100	0	80	20	72,72	27,27	
Ofrece	2	1	3	0	3	1	0	0	3	0	5	2	
%	66,67	33,33	100	0	75	25	0	0	100	0	71,43	28,57	
Tareas	6	2	3	1	1	0	0	1	3	0	2	0	
%	75	25	75	25	100	0	0	100	100	0	100	0	
Econom.	5	3	1	2	3	1	1	0	0	0	1	0	
%	62,50	37,50	33,33	66,67	75	25	100	0	0	0	100	0	
Interés	2	1	2	2	1	1	1	1	3	0	6	2	
%	66,67	33,33	50	50	50	50	50	50	100	0	75	25	
Acomp.	8	7	4	4	2	0	0	1	0	0	6	1	
%	53,33	46,67	50	50	100	0	0	100	0	0	85,71	14,29	

Nota. C= Cirugía Conservadora y R= Cirugía Radical. % Frecuencia según número de P. Reales de cada Acción de Apoyo.

Como se muestra en la tabla 8, las mujeres intervenidas mediante cirugía Radical tienen mayor puntuación tanto en Ansiedad y Depresión como en Estrés. Así, este grupo muestra una mayor afectación del Estado Emocional, siendo estadísticamente significativas las diferencias entre los dos tipos de cirugía en Depresión y Estrés.

Tabla 8. *Estado Emocional según Tipo de Cirugía.*

Estado Emocional	U de Mann Whitney	Media	
		Conservadora	Radical
Ansiedad (1-21)	27,50	7,40 (6,50)	12,20 (6,29)
Depresión (1-21)	12,50*	2,90 (2,42)	7,30 (3,68)
Estrés (1-6)	,000*	2,23 (,57)	5,05 (,63)

Nota. Estado Emocional (Rango Puntuación Directa). \* $p < 0,5$  U de Mann Whitney. Media (desv. típica).

### **Discusión y Conclusión**

El objetivo del trabajo es valorar el estado emocional, estrés y A.S. percibido en mujeres con Cáncer de Mama y las diferencias según el tipo de cirugía. Así, presentan un Estado Emocional alterado, con puntuaciones por encima del punto de corte para la identificación de casos probables de Ansiedad y Depresión en enfermas oncológicas, confirmando la Hipótesis 1. Estos datos coinciden con trabajos en los que se muestra afectación del Estado Emocional en más del 30% de las mujeres con Cáncer de Mama, siendo los problemas de ansiedad y depresión los más frecuentes (Maguire, 2000) y que consideran mayor propensión en fases posteriores al tratamiento (Barreto & Pintado, 2011). Por tanto, los resultados se contraponen a los obtenidos en otros estudios, donde apuntan a una transitoriedad de la alteración emocional producto de un proceso de adaptación (Wong & Fielding, 2007).

Respecto a la valoración general del Estrés, se confirma la Hipótesis 2 ya que las mujeres presentan un nivel medio-alto de apreciación de Estrés, acorde con los trabajos que afirman que el Cáncer de Mama es una enfermedad susceptible de inducir estrés debido a la alteración a nivel físico, psicológico y social (Santos, 2003) y al carácter crónico, amenazante y estigmatizante de la enfermedad (Almanza, Juárez, Silva &

Huerta, 2010). Además, se aprecia la presencia de estrés en fase de remisión que no es reconocido normalmente y puede llegar a convertir este tramo del proceso de enfermedad en una fase solitaria (Leigh & Stovall, 2003), acorde con los estudios que concluyen niveles elevados de estrés en el período de transición de enfermedad a supervivencia (Allen, Savadatti & Levy, 2009).

En relación a la evaluación del A.S. percibido, las mujeres con Cáncer de Mama informan más frecuentemente como proveedores reales de apoyo a Pareja, Hijos y Amigos, constituyendo las principales fuentes de apoyo como también indica el estudio de Hoffman, Müller y Frasson (2006) y corroborando así la Hipótesis 3. Por otra parte, las mujeres no perciben apoyo, a pesar de estar disponibles en la red, de Vecinos, Padres, Hermanos y Compañeros de trabajo, algo que puede deberse a una protección de la paciente de su propia intimidad o condición de enferma, un deseo de no implicación de los demás y de no generar preocupación. Casi la totalidad de las pacientes perciben disponibles pero no proveedores a Médicos y Enfermería, dato a destacar puesto que debido a su situación de enfermas, la relación con éstos es evidente y son uno de los proveedores mencionados con mayor frecuencia (Terol, 1999); sin embargo, las mujeres se encuentran en un período de transición en el que las visitas al médico se reducen y es próximo el momento de abandono de la medicación, por lo que puede aflorar un sentimiento de desamparo e inseguridad (Pinto & Ribeiro, 2007) en la que perciben la disponibilidad del equipo de profesionales pero son conscientes de su duración. La mayor percepción de apoyo por parte de la Pareja y Amigos se corresponde con la satisfacción elevada con el apoyo de estos proveedores (Budin, 1998) y ratifica por tanto la Hipótesis 4. Pero la correspondencia no es tal en el caso de los Hijos, pudiendo deberse a una escasa adecuación del apoyo esperado y recibido. Respecto a las acciones de apoyo, Pareja, Hijos y Amigos se definen como los

proveedores de apoyo emocional con acciones como Acompañar por Pareja e Hijos, Distraer por Pareja y Amigos, y Visitar por Hijos y Amigos, cumpliéndose así la Hipótesis 5 de Pareja y Amigos como principales proveedores de apoyo Emocional, sumándose a ellos los Hijos. Es por tanto el contexto familiar y social más inmediato a las mujeres el que se revela como el soporte emocional, clave para una mejor adaptación (Dias, 2002). Además, también perciben que los tres Animas, y Pareja y Amigos Escuchan, acciones que pertenecen al apoyo Informativo pero de un marcado carácter emocional. El apoyo Informativo es dado por Médicos y Enfermería por su carácter profesional y tanto los Padres como los Compañeros apoyan de una manera más Instrumental, ayudando en las Tareas, Ofreciéndose o en la Economía, estando menos disponibles a nivel emocional pero más en ayuda práctica.

La valoración del Estado Emocional atendiendo al tipo de cirugía corrobora la Hipótesis 6, siendo más negativa en el grupo Radical con puntuaciones mayores tanto en Ansiedad como en Depresión. Estos resultados apoyan la existencia de afectación en mastectomía del Estado Emocional (Al Ghazal, Fallowfield & Blamey, 2000), ya que influye en ámbitos importantes de la mujer como la simetría corporal y la función reproductiva y materna (Gómez, 2005). Resultados similares encontraron Al Ghazal, Fallowfield y Blamey (2000) con mayores puntuaciones en Ansiedad en cirugía Radical y algo menor en Depresión. Respecto al Estrés, la Hipótesis 7 también es aceptada, ya que el grupo Radical presenta niveles significativamente elevados respecto al grupo Conservadora, de acuerdo con Vivar (2010) que afirma que las supervivientes de Cáncer de Mama se sienten emocionalmente afectadas por las secuelas físicas, sociales y psicológicas. Las mujeres que relatan mayores niveles de estrés son las pacientes con mayores secuelas, generalmente las de cirugía Radical.

Respecto a las diferencias en A.S. percibido en función del tipo de cirugía, se

cumple la Hipótesis 8 ya que las mujeres de cirugía Conservadora informan de mayor número de proveedores reales y las de Radical de no proveedores. Además, la satisfacción es menor en cirugía Radical, informando de poca satisfacción con todos los proveedores, al contrario que en el grupo Conservadora donde la satisfacción es mucha especialmente en Pareja, Hijos y Amigos, confirmando la Hipótesis 9. Sin embargo, un mayor número de veces es poca con Padres, Compañeros y Vecinos. En consecuencia, las mujeres de cirugía Conservadora informan de mayor frecuencia de acciones de apoyo por parte de la mayoría de proveedores, corroborando la Hipótesis 10, recibiendo más apoyo Informacional, Instrumental y Emocional. Estas diferencias encontradas en la valoración del A.S. percibido no hacen más que apoyar los estudios en los que se relaciona el tipo de cirugía con la función social (Domínguez, 2009). La cirugía Radical puede provocar un mayor impacto emocional en términos de ajuste o discapacidad, con sentimientos de tristeza y desvalorización (Gil & Costa, 2005), además de problemas a nivel social de retraimiento o vergüenza (Fernández, 2004), que explicaría la percepción de un menor número de proveedores reales de apoyo. Además también podría ser explicada la escasa satisfacción de este grupo, ya que por el rechazo social o el propio retraimiento, junto con los sentimientos de soledad y tristeza, pueden sentirse menos receptivas al apoyo dado. La satisfacción depende en gran medida de la adecuación de las acciones de apoyo en un determinado momento, de la habilidad del proveedor, la calidad de la interacción y de las necesidades concretas de las pacientes, entre otras (Cutrona & Shur, 1994; citado. en Terol, 1999), por lo que estas variables podrían estar influyendo en la percepción de la satisfacción. Además, los datos de este trabajo que apuntan a la influencia del tipo de cirugía en la satisfacción con el apoyo de Amigos y Pareja, podría deberse a que ambos son principales proveedores y es de esperar que la valoración de la satisfacción sea más exhaustiva y exigente respecto a otro, junto con las

consecuencias del retiro social y emocionales que provoca la propia cirugía Radical. Por otro lado, también puede que la Ansiedad, Depresión y Estrés estén erosionando el Apoyo (Bolger et al, 1996, citado en Terol, 1999). Así, es de esperar que la percepción de apoyo y satisfacción con los principales proveedores esté mermada por las consecuencias físicas, sociales y psicológicas de este tipo de cirugía. También es importante destacar que la satisfacción también puede estar afectada por efectos de sinceridad o deseabilidad social. Por otro lado, debido al carácter crónico de la enfermedad puede aparecer un deterioro o cansancio en los proveedores de apoyo, disminuyendo así la cantidad de acciones que prestan (Barrera, 1996); por lo tanto, es probable que ante una situación de mastectomía, que implica una mayor exposición e intervención a nivel médico y que generalmente presenta una peor valoración de la enfermedad y de la propia calidad de vida, las mujeres informen de un número menor de proveedores de apoyo y de menos acciones.

Tras los resultados obtenidos en el estudio, se concluye que el tipo de cirugía es un factor que puede influir en la percepción de A.S. y modificar o modular el Estado Emocional y el Estrés de las mujeres en fase de transición hacia la supervivencia de Cáncer de Mama. Sin embargo, también existen otros factores sociodemográficos y de enfermedad que también influyen como el momento del diagnóstico, estrategias de afrontamiento, edad, vivir en pareja y estar casado, por ejemplo. Se plantea por tanto el estudio de estas variables entre otras, así como la influencia del tipo de tratamiento recibido (Quimioterapia, Radioterapia, Hormonoterapia). También la deseabilidad social se propone como una variable a controlar en futuras investigaciones, ya que supone un sesgo en valoración del A.S. Además, también podría ser interesante para completar la valoración de la calidad del apoyo conocer la adecuación de que determinado proveedor preste una determinada acción de apoyo. Podría ser comparada

la percepción del apoyo desde la perspectiva de los proveedores frente a la de las pacientes. Sería conveniente aumentar la muestra de estudio y se podría plantear un seguimiento, para así constatar si los datos encontrados se siguen manteniendo y en qué ámbitos o si por el contrario las mujeres se adaptan a la nueva fase de supervivencia y se sienten más apoyadas y con menor alteración emocional con el paso de los años.

El hecho de haber superado el Cáncer de Mama y finalizado los tratamientos no implica que la mujer se recupere totalmente; la disminución en el funcionamiento familiar, social, realización de actividades y la afectación del ámbito sexual son las consecuencias más significativas a largo plazo del diagnóstico (Lemieux, Bordeleau y Goodwin, 2007; citado en Herrero et al., 2010). El funcionamiento social puede seguir alterado incluso años después y sin embargo es relevante la escasez de estudios que investiguen las repercusiones del Cáncer de Mama en mujeres supervivientes (Merino, 2009). El proceso conlleva el afrontamiento de diferentes retos emocionales, sociales y físicos, y pueden no estar preparadas; existe una falta de conocimiento del impacto y experiencias personales y familiares durante esta etapa (Vivar, 2010). Resulta necesario estudiar las necesidades psicosociales insatisfechas para conseguir una mayor adaptación, en especial en la fase de transición y supervivencia ya que las pacientes expresan temores ante la recurrencia, problemas para hacer frente a las secuelas del tratamiento, falta de información y asesoramiento (Merino, 2009).

Los intentos por lograr una buena adaptación psicosocial de las mujeres con Cáncer de Mama, pasan por la aplicación de técnicas en psicooncología. La realización de evaluaciones psicológicas y aplicación de intervenciones que se adecúen a las necesidades de las pacientes permitirán disponer de diferentes terapias y recursos para las enfermas que presenten cierta vulnerabilidad en el ámbito social y emocional.



## Referencias bibliográficas

- Al-Ghazal, S., Fallowfield L. & Blamey, R. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36, 1938-43 .
- Allen, J., D., Savadatti, S. & Levy, A.G. (2009). The transition from breast cancer patient to survivor. *Psycho-oncology*, 18, 71-78.
- Almanza, J.J., Juárez, I.R., Silva, J. & Huerta, R. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 55, 15-23.
- Alonso, A., Menéndez, M. & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Para saber de ...*, 118-123.
- Barrera, M. (1996). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445
- Barreto, P. & Pintado, S. (2011). Imagen corporal y cáncer de mama. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, 24(2), 54-59.
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., Banks, P. & Fobair, P. (2001). Sources of support and physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Soc. Sci. Med.*, 53, 1513-24.
- Bloom, J., Stewart, S., Chang, S. & Banks, P. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 147-160.
- Bloom, J., Petersen, D. & Kang, S. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 16, 691-706.
- Budin, W.C. (1998). Psychosocial Adjustment to Breast Cancer in Unmarried Women. *Research in Nursing and Health*, 21, 155-166.

- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards & Ramirez, A. (2005). Depression and Anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-706.
- Compas, B. & Luecken, L. (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 11(3), 111-114.
- Dias, M.R. (2002). Cancro de mama.. *Territórios da Psicologia Oncológica*, 253-263.
- Die-Trill, M., (1999). La familia del paciente con cáncer. En García-Camba, E. (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 359-381). Madrid: Grupo Aula Médica.
- Domínguez, M.R., Acosta, M.E., Méndez, I., Maestre, I., Pedrote, C. & Frutos, M. (2009). Evaluación de la Calidad de Vida tras el tratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 18(4), 246-248.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2), 169-180.
- Fonseca, J.F., (2013). *Calidad de vida, coping y apoyo social en mujeres con cáncer de mama: estudio del impacto psicosocial de los tratamientos y de la supervivencia*. (Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca).
- Friedman, L., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain... Liscum, K. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603.
- Ganz, P., Kwan, L., Stanton, A., Krupnick, J., Rowland, J. & Meyerowitz, B. (2004) Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer. *Journal of National Cancer Institute*, 96, 376-387.
- García, J.M. & Domínguez, M.L. (2010) El problema de la “imagen corporal” y de la “feminidad” en las mujeres mastectomizadas. *Anales de Psiquiatría*.

- Gil, F. & Costa, G. (2005). Aspectos psicológicos relacionados con la cirugía de reducción de riesgo. *Psicooncología* 2(2-3), 317-328.
- Gómez, R. (2005). *Cáncer de mama: Manejo quirúrgico del estadio I-II. Información al médico*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Goodwin, P. (2005). Support groups in advanced breast cancer. *Cancer*, 12(5), 2596-601.
- Hack, T., Pickles, T., Ruether, D., Weir, L., Bultz, B., Mackey, J. & Degner, L. (2010). Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: impact of treatment type and decisional role. *Psycho-Oncology*, 19, 606-616.
- Hegelson, V. & Lopez, L. (2010). Social support and Growth Following Adversity, 309 -30.
- Herrero, O., Rodríguez, E., Botella, L., Corbella, S., Gómez, A.M. & Pacheco, M. (2010). Percepción de las pacientes con CM para abandonar la terapia de grupo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153-154), 43-62.
- Hoffman., Müller, M., Frasson, A. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 239-254.
- Kim, J., Han, J., Shaw, B., Metavish, F. & Gustafson, D. (2010). The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients Emotional Well-being: Testing Mediation and Moderation Models. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 225-243.
- Leigh, S. & Stovall, E. (2003). Cancer survivorship. Quality for life. *Quality of life: from nursing and patient perspectives*, 381-395.
- Lindop, E. & Cannon, S. (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 760-771.

- Llorca, G. & Díez, M.A. (1999). Estado actual del cáncer. Intervención en pacientes oncológicos. En García-Camba, E. (Ed.), *Manual de Psicooncología*, (pp. 231-258). Madrid: Grupo Aula Médica.
- López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Neipp, M.C....Sitges, E. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la Escala (HAD) en pacientes oncológicos. *Revista de Psicología de la Salud*, 12(3), 127-155.
- Maguire, P. (2000). Managing psychological morbidity in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 36, 556-558.
- Merino, D. (2012). *Impacto del programa integrado de autocuidado específico en mujeres afectadas de cáncer de mama* (Tesis Doctoral Universidad de Alicante).
- Moreno, P., Almonacid, V., Queipo, S. & Lluch, A. (2006). Análisis del proceso de enfermedad: variables médicas y psicológicas en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 3(1), 163-174.
- Pinto, C. & Ribeiro, J. (2007). Sobreviviente de cancro: Uma outra realidade!. *Texto Contexto Enfermagem*, 24, 37-56.
- Pozo, C., Bretones, B., Martos, M.J., Alonso, E., & Cid, N. (2012). Repercussion of stress and social support on health/wellbeing in parents of children with cancer. *Psychology & Health*, 27(1), 168.
- Rodríguez, P. G. (1999). Estrategias de afrontamiento de la enfermedad (coping) y cáncer. *Manual de Psicooncología* (pp. 127-142). Madrid: Grupo Aula Médica.
- Santos, C. (2003). *Representação cognitive e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e familia* (Disertación Doctoral, de Facultad de Psicología y de Ciencias de Educación de Universidad de Oporto).
- Shelby, R., Crespín, T., Gregorio, S., Lamdan, R., Siegel, J. & Taylor, K. (2008). Optimism, social support and adjustment in African American women with breast cancer. *J Behav Med*, 31, 433-444.

- Simpson, J.S., Carlson L.E., Beck, C.A. & Patten, S. (2002). Effect of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, *11*, 282-94.
- Tanis, M. (2007). Online social support groups. *Oxford Handbook of Internet Psychology*, 139-153.
- Terol, M.C. (1999). *Apoyo Social y Salud en pacientes oncológicos* (Tesis Doctoral, Universidad Miguel Hernández).
- Terol, M.C., López-Roig, S., Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Lleyda, J.I., Neipp, M.C. & Rodríguez-Marín, J. (2000). Escala de apoyo social percibido (EASP). *Revista Psicología Social Aplicada*, *10*(2), 63-79.
- Terol, M.C., López, S., Neipp, M.C., Rodríguez, J., Pastor, M.A. & Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, *35*(1), 23-45.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M.A. & Reig, M.T. (2007). Propiedades psicométricas del Hospital Anxiety and Depression (HAD): sensibilidad y especificidad en población española. *Ansiedad y Estrés*, *13*, 163-176.
- Wade, T., Nehmy, T. & Koezwarra, B. (2005). Predicting worries about health after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, *14*, 503-509.
- Valencia L., S.C. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, *2*(2), 241-257.
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, *20*, 3-26.
- Vivar, C. (2010). Plan de cuidados en la supervivencia de cáncer: un reto en atención primaria. Doi:10.1016/j.aprim.2010.04.002.

Wong, W. & Fielding, R. (2007). Change in quality in chinese women with breast cancer. *Support Care Cancer*, 15, 1223-30.

Wimberly, S., Carver, C., Laurenceau, J. & Antoni, M.H. (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 300-311.

Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 733-746.

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

