UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE MEDICINA

DPTO. DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA

LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA

TESIS DOCTORAL

**CALIDAD DE VIDA, COPING Y APOYO SOCIAL EN MUJERES CON
CÁNCER DE MAMA: ESTUDIO DEL IMPACTO PSICOSOCIAL DE LOS
TRATAMIENTOS Y DE LA SUPERVIVENCIA**

JOANA FILIPA FONSECA CARREIRO

Salamanca, 2013

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Facultad de Medicina

**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

Salamanca, 2013

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA,
MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA**

**Programa de Doctorado: La enfermedad: su dimensión personal y
condicionantes socioculturales**

Área de Psiquiatría

**Calidad de vida, coping y apoyo social en mujeres
con cáncer de mama: Estudio del impacto
psicosocial de los tratamientos y de la supervivencia**

Fdo: Joana Filipa Fonseca Carreiro

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Facultad de Medicina

GINÉS LLORCA RAMÓN, CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA, Y **GLORIA M^a BUENO CARRERA**, PROFESORA ASOCIADA, DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

CERTIFICAN

Que el siguiente trabajo de investigación titulado: *Calidad de vida, coping y apoyo social en mujeres con cáncer de mama: Estudio del impacto psicosocial de los tratamientos y de la supervivencia*, hasido realizado bajo nuestra dirección por **Dña Joana Filipa Fonseca Carreiro**, licenciada en Psicología por el Instituto Superior da Maia (Maia, Portugal), reúne, a nuestro criterio, las condiciones metodológicas y de originalidad requeridas para poder optar con él al grado de Doctora.

Y para que conste a todos los efectos oportunos, firmamos el presente certificado, en Salamanca a 30 de mayo de 2013

Fdo:

Dr. Ginés Llorca Ramón

Fdo:

Dra. Gloria M^a Bueno Carrera

Dedico este trabajo a todas las mujeres que vieron su vida afectada por el cáncer de mama, tratando de donar mi contribución a un futuro más próspero.

Así como también, a todas las personas que con perseverancia, determinación y empeño, consiguen hacer que sus sueños se vuelvan realidad...

Para mi hija, por lo que ya es para mí...

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Se não eu por mim, quem por mim?

Se eu for só por mim, quem eu sou?

Se não for agora, quando?

Se não com os outros, como?

Adrienne Rich, 1993

La elaboración de un trabajo de esta índole exige esfuerzo, empeño, perseverancia, entrega y mucha dedicación. Para que tenga éxito es indispensable que se pongan a disposición apoyos y orientaciones válidas, lo que sólo es posible por la participación y contribución de innumerables personas. Por este motivo, desearía expresar mi gratitud a todos los que conmigo recorrieron este camino y que, directa o indirectamente, me ayudaron en la concepción, en el desarrollo y en la consecución de esta etapa de mi vida.

Siendo consciente de que no puedo nombrar a todos los que me apoyaron e incentivaron, expreso mi más sincero y profundo agradecimiento a algunas personas en particular, no pudiendo evitar mencionar sus nombres:

En primer lugar, a los Drs. D^o. Ginés Llorca Ramón y D^a. Gloria Bueno Carrera, directores de esta investigación, por su inestimable asesoramiento, por sus competencias científicas y humanas, por la disponibilidad demostrada, por su aliento, confianza y, sobretodo, por su dedicación y amistad, que me ha permitido trabajar en un ambiente, sabiendo que, en cualquier momento y ante cualquier dificultad, podía contar con su apoyo.

A todas y a cada una de las mujeres con cáncer de mama que, de forma voluntaria y tan generosa, consintieron participar en este estudio, compartiendo sus vivencias y dándonos tanto de sí, contribuyendo con información preciosa para

provecho de tantas otras. Fueron ellas la materia prima de este trabajo, sin ellas, esta investigación no habría sido posible, así como tampoco habría sido posible comprender, aprender y constatar la necesidad de continuar investigando la vasta realidad de la enfermedad oncológica vivida en el femenino.

A Paco, administrativo del Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Ciencia por la amabilidad y disponibilidad siempre demostrada, por las rápidas aclaraciones a mis inquietudes, por la inestimable ayuda y por el auxilio valiosísimo en varias etapas de este recorrido.

A mi familia, que hizo que este camino fuese menos solitario debido a su constante presencia, al ánimo permanente y al apoyo incondicional que tan bien me sabe dar. Estoy igualmente agradecida, por el significado que todos los miembros de mi familia y, cada uno, de forma única y singular, dan a mi vida. Con todos: madre, padre, hermano, abuelo, Aprendí todo lo que hoy soy y hago; aprendí también a creer en mí y en mis capacidades, a nunca desistir de mis sueños, aprendí los valores de una familia cómplice y unida, que desde el primer momento me acompañó a lo largo de este/os viaje/s. Fueron ellos quienes, desde siempre, creyeron en mí, me ampararon, me protegieron y acolchonaaron mi mundo...

A ti, Dani, por tu permanente presencia, por tu toque y por tu sonrisa. Por todo lo que hemos descubierto juntos: el significado del amor romántico, de la complicidad, del compartir y del compañerismo, superando lado a lado las situaciones que nos ponen a prueba. Por todo lo que hicimos juntos y, por todo lo que no hemos podido hacer... Espero que perdones mi ausencia, la poca compañía, los fines de semana domésticos, las horas mal dormidas, los momentos en que estuve sin estar, esperando a, ahora, poder

compensarlos. ¡Agradezco tu existencia y el significado que tienes en mi vida! Estoy agradecida por todo lo que eres, y que permites que yo sea, transformándonos...

A mis amigos que, durante este período, se privaron de mi presencia física, entendiendo la razón de este alejamiento temporal y que sutilmente, iban cuestionando se aún faltaba mucho para terminar mi trabajo; sin embargo, supieron siempre respetar los inevitables tiempos de aislamiento, ofreciéndome la fuerza de la amistad y del cariño.

Jamás podré olvidar la valiosa contribución de mis amigas que, desde el primer momento, creyeron que yo era capaz. Una palabra especial de reconocimiento y de profunda gratitud a mi querida amiga Ana Isabel, que de forma tan generosa desprendió mucho del poco tiempo de ocio del que disponía para ayudarme a la revisión atenta y cuidada del texto, le agradezco también sus sabios consejos, su presencia, los ánimos constantes; a Cátia, amiga de mi corazón, compañera y cómplice, a Eva, a Marisalva y a Valéria, por el abrazo caluroso, por la sonrisa, por la energía y por la fuerza que me transmiten; a todas estoy agradecida por el constante incentivo y por la auténtica amistad con la que me brindan y llenan mi vida.

A mi psicoterapeuta, Dra. Virgínia Ribeiro, por facilitar mi proceso de conocimiento y de evolución personal, en un espacio terapéutico único, acogedor, asegurador y empático.

¡A todos, sinceramente, muchísimas gracias!

ÍNDICE

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	27
2. ENFERMEDAD ONCOLÓGICA. CÁNCER DE MAMA	33
2.1. Introducción	35
2.2. Epidemiología del Cáncer de Mama	37
2.3. Factores de Riesgo asociados al Cáncer de Mama	43
2.4. Aspectos Clínicos y Psicológicos del Cáncer de Mama	47
2.4.1. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama	52
2.4.2. Supervivencia del Cáncer de Mama	58
3. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DEL CÁNCER DE MAMA	65
3.1. Psicooncología	67
3.2. Adaptación Psicosocial al Cáncer de Mama	73
3.3. Estrategias de Afrontamiento y Enfermedad Oncológica	80
3.3.1. Estrategias de Afrontamiento y Cáncer de Mama	90
3.3.1.1. Estrategias de Afrontamiento en la Fase de Tratamiento	91
3.3.1.2. Estrategias de Afrontamiento en la Fase de Supervivencia ...	94
3.3.1.3. Resiliencia Psicológica: Una manera de hacer frente al Cáncer de Mama	99
3.3.2. Estrategias de Afrontamiento y Adaptación Psicosocial al Cáncer de Mama	106

3.4. Apoyo Social y Cáncer de Mama	112
3.4.1. Concepto de Apoyo Social	112
3.4.2. El Apoyo Social Percibido y el Cáncer de Mama	118
3.4.2.1. El Apoyo Social y Emocional, Nuevas Tecnologías, el Ciberespacio	124
3.4.2.2. El Efecto del Apoyo Social en la Fase de Tratamiento	133
3.4.2.3. El Efecto del Apoyo Social en la Fase de Supervivencia	139
3.4.3. Apoyo Social y Adaptación Psicosocial al Cáncer de Mama	141
3.5. Calidad de Vida y Cáncer de Mama	148
3.5.1. Concepto de Calidad de Vida	148
3.5.2. Concepto de Calidad de Vida y Cáncer de Mama	153
3.5.2.1. La Influencia de los Tratamientos en la Calidad de Vida	155
3.5.2.2. Calidad de Vida en las Supervivientes de Cáncer de Mama ...	162
3.5.3. Calidad de Vida y Adaptación Psicosocial al Cáncer de Mama .	167
4. ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA. ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO	173
5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	187
6. MATERIAL Y MÉTODO	191
6.1. Muestra	193
6.1.1. Criterios de inclusión y procedimiento	193
6.2. Batería de Instrumentos	198
6.2.1. Entrevista semiestructurada	198

6.2.2. Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC)	199
6.2.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	201
6.2.4. Quality of Life Questionnaire-Cancer European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30, v.3.0)	203
6.3. Análisis de datos	206
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	209
7.1. Resultados Descriptivos	211
7.1.1. Descriptivos de la muestra	211
7.1.2. Descriptivos de los instrumentos de medida	220
7.2. Resultados Inferenciales	230
7.2.1. Primera Hipótesis	230
7.2.2. Segunda Hipótesis	268
7.2.3. Tercera Hipótesis	281
7.2.4. Cuarta Hipótesis	293
8. CONCLUSIONES	303
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	309

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tipo de tumor maligno más frecuente en las mujeres de todo el mundo (Ferlay et al., 2007; Bastos, Barros & Lunet, 2007; Fernandes, 2009; ACS, 2011a; Ferlay et al., 2011), por este motivo, esta patología continúa revelándose como una de las enfermedades más temidas por la humanidad, debido, sobre todo, al impacto negativo y a las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales, sociales y económicas que este acontecimiento genera en la vida de las mujeres, así como las repercusiones inmediatas que provoca en su familia y en la propia sociedad (Die Trill, 2003; Pereira & Lopes, 2005; Pinto & Ribeiro, 2007; Vázquez-Ortiz et al., 2010), lo que nos obliga como psicólogos a dedicarle parte de nuestras investigaciones.

Sin embargo, en las últimas décadas, la enfermedad oncológica ha dejado de ser una irremediable fatalidad, esencialmente debido a los progresos registrados tanto a nivel de la detección y del diagnóstico precoz del cáncer de mama, como en los avances en las terapias y su superior eficacia, que, a su vez, han cambiado el curso de la enfermedad, contribuyendo a un aumento significativo de la esperanza media de vida de las enfermas, llevando a que un número creciente de personas sobreviva al cáncer y logre continuar con su vida (Pimentel, 2006; Arora et al., 2007; Navarro et al., 2010). De este modo, los supervivientes de cáncer representan un nuevo desafío y una nueva realidad en los servicios de salud (Pinto & Ribeiro, 2006; Feuerstein, 2007; Veit & Carvalho, 2010; ACS, 2012). En base a esta idea, según la opinión de Pinto y Ribeiro (2006, p. 38), actualmente, el *“cáncer se considera una enfermedad crónica, una condición permanente caracterizada por la incertidumbre, con efectos colaterales a largo plazo resultantes de la enfermedad y/o de los tratamientos y, concomitantemente, por problemas psicosociales”*, lo que determina que la necesidad de proponer un nuevo abordaje más globalizado, como forma de ir al encuentro de las necesidades de las

supervivientes, posibilitando el desarrollo de intervenciones adecuadas dirigidas al apoyo psicosocial, a la persona y a la familia, con vistas al bienestar y a la calidad de vida de la mujer, no sólo durante la enfermedad, sino también tras la supervivencia (Pimentel, 2006; Veit & Carvalho, 2010).

La trayectoria esta enfermedad está constituida por diversas fases, cada una caracterizada por diferentes desafíos y por tareas de adaptación específicas, principalmente en las esferas personal, familiar, emocional, conyugal, social y espiritual (Ferrell et al., 1996; Heim et al., 1997). La fase de diagnóstico, al obligar a la mujer a enfrentarse con una amenaza para su vida y, consecuentemente, a tomar conciencia de su vulnerabilidad personal, frecuentemente se asocia a un sentimiento de incredulidad, negación y revolución (Pereira & Lopes, 2005). Por otra parte, la fase de tratamiento exige someterse a un conjunto de procedimientos médicos, habitualmente agresivos y prolongados, que causan consecuencias severas, principalmente, secuelas físicas y en la imagen corporal, muchas veces irreversibles. No obstante, la finalización de los tratamientos y la posible remisión clínica, que corresponde al período de supervivencia, se caracteriza, frecuentemente, por sentimientos ambivalentes, unos de alivio, otros de incertidumbre, y de preocupación constante en cuanto al futuro y a la posibilidad de una recesión o del diagnóstico de un nuevo cáncer (Ganz et al., 1996; Ferrell et al., 1997).

De este modo, la trayectoria de esta enfermedad la desafía a desarrollar modos adecuados de lidiar con la situación, surgiendo, a partir de aquí, las siguientes cuestiones que orientan nuestro estudio: *¿Cómo gestionan las mujeres el impacto psicosocial del diagnóstico?; ¿De qué modo viven las enfermas las fases de tratamiento y supervivencia de la enfermedad a nivel psicosocial?; ¿Qué factores facilitan el proceso de adaptación a las fases de tratamiento y supervivencia?*

Conscientes de toda la complejidad inherente al estudio de la enfermedad oncológica, y tratando de ir al encuentro de las necesidades identificadas por Llorca y cols. (1999), el presente estudio tiene como principal objetivo investigar el impacto y el proceso de adaptación psicosocial al cáncer de mama, en una muestra de mujeres portuguesas, específicamente en dos fases distintas del proceso de enfermedad - fase de tratamiento y fase de supervivencia.

Nuestro propósito es investigar tres variables psicosociales: la calidad de vida, las estrategias de afrontamiento y la satisfacción con el apoyo social, tratando de percibir de qué forma se relacionan estas variables y como pueden aminorar el impacto en cada fase de la enfermedad, así como facilitar la promoción del bienestar y la adaptación de la mujer al cáncer de mama (Blanco et al., 2002; Durá & Hernández, 2002; Moreira et al., 2008).

En este sentido, la psicooncología intenta comprender los aspectos psicológicos relacionados con el impacto de la enfermedad oncológica en el bienestar de las enfermas y en su calidad de vida, poniendo en evidencia la necesidad de cuidados psicosociales capaces de minimizar el impacto de esta patología y potenciar la adaptación de los enfermos a la enfermedad, atendiendo a las necesidades que surgen durante su trayectoria, permitiendo así optimizar los cuidados prestados, procurando la mejor adaptabilidad del paciente y familia a las dificultades que encuentran y tomando como marco de referencia el modelo biopsicosocial de la salud y la enfermedad (Helgeson et al., 2004; Gimón, 2007; Pocino et al., 2007; Veit & Carvalho, 2010; Silva & Boaventura, 2011; Fonseca, 2011).

La fascinación personal por la comprensión de los fenómenos asociados a la Psicooncología tuvo su inicio, cuando, al final del último año de la licenciatura en Psicología, estuve trabajando en una unidad hospitalaria donde tuve la oportunidad de

realizar el acompañamiento psicológico a mujeres con este diagnóstico. Desde este momento, quedó claro que me despertaba curiosidad, entusiasmo y voluntad para investigar, aprender y ayudar, sensibilizada, por la recurrencia y por las consecuencias del fenómeno con el que se debaten muchas mujeres y sus familias.

2. ENFERMEDAD ONCOLÓGICA.
CÁNCER DE MAMA

2. ENFERMEDAD ONCOLÓGICA. CÁNCER DE MAMA

2.1 Introducción

El organismo humano está constituido por trillones de células que se reproducen. En condiciones normales, este es un proceso ordenado y controlado, responsable de la formación, crecimiento y regeneración de tejidos saludables del cuerpo (ACS, 2011). Algunas veces, sin embargo, las células pierden la capacidad de limitar y comandar su propio crecimiento pasando, entonces, a dividirse y multiplicarse mucho más rápidamente, de manera aleatoria y desordenada. Como consecuencia de esta disfunción celular, tiene lugar un desequilibrio en la formación de los tejidos, formando una masa llamada tumor (Hayes, 1995; Ribeiro, 1998; Ogden, 2004; Colditz, 2005; Pennery et al., 2010; ACS, 2012).

Existen dos tipos de tumores: tumores *benignos* y tumores *malignos* (Ribeiro, 1998; Ogden, 2004; Ogden, 2004a). Un tumor que continúa creciendo y se vuelve progresivamente invasor se considera maligno. El término *cáncer* se refiere específicamente a un tumor maligno, un “*crecimiento incontrolable de células anormales que producen tumores llamados neoplasias*” (Ogden, 2004a, p. 367). El concepto de *carcinogénesis* se usa para describir este complejo proceso, que ocurre en múltiples etapas, en una secuencia de eventos, en las cuales las células normales se van volviendo gradualmente malignas a través de una serie de alteraciones genéticas, progresivas y acumulativas, iniciando la formación de un cáncer (Liu & Robins, 2006). Además del crecimiento descontrolado, los tumores malignos exhiben *metástasis*, en este proceso, pequeños grupos de células cancerígenas se desplazan del tumor, invaden la sangre o los vasos linfáticos y se transportan a otros tejidos donde continúan proliferando (Ricks, 2005; Pennery et al., 2010; ACS, 2011b).

De este modo, la palabra cáncer se utiliza para describir varias enfermedades diferentes que afectan a órganos o sistemas de nuestro organismo (Fonseca, 2011). Cada tipo de cáncer tiene sus causas posibles y se desarrolla y comporta de modo propio (Ogden, 2004; Pennery et al., 2010).

Los efectos del impacto psicosocial de las fases de tratamiento y supervivencia del cáncer de mama son objeto del presente estudio y, por ese motivo, a continuación, abordaremos varios aspectos que consideramos relevantes para caracterizar ese tipo de enfermedad.

2.2. Epidemiología del Cáncer de Mama

A nivel mundial, las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2012), apuntan a un crecimiento exponencial de las enfermedades oncológicas en las próximas dos décadas, duplicando el número de nuevos casos que serán anualmente diagnosticados (Sikora, 1999 cit. Dias, 2002). Se prevé que en los países desarrollados, la tasa se duplique en los próximos quince años (Cardoso et al., 2010), países en los que actualmente el cáncer es la segunda causa de muerte, inmediatamente después de las enfermedades cardiovasculares (Dirección General de la Salud, 2005 cit. Pimentel, 2006). Para 2015, en los países industrializados, se espera cerca de un millón cuatrocientos cinco mil nuevos diagnósticos y en 2020 cerca de 20 millones, a pesar de que los avances en genética y tecnología ofrecen nuevas, amplias y prometedoras posibilidades en la prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento (Pimentel, 2006).

Este aumento parece deberse, por lo menos en parte, al envejecimiento y crecimiento de la población mundial, junto a un cambio del estilo de vida, principalmente una creciente adopción de comportamientos de riesgo que parecen estar en el origen de esta patología (Pimentel, 2006; Pennery et al., 2010).

Los tipos de cáncer más frecuentes son los de pulmón, colon y recto y el de mama (Pimentel, 2006).

La patología oncológica también es un gran problema en Portugal (Barros, Lunet & Simões, 2007), ya que representa la segunda causa de muerte, con una tasa de incidencia de 266 por cada 100000 habitantes (Dias, 2005) y tiene un profundo impacto en los enfermos, en los familiares y en la sociedad, siendo probablemente una de las enfermedades más temidas por la población general (Ministério da Saúde, 2007).

En lo que concierne al cáncer de mama, esta es el más frecuente en las mujeres en todo el mundo (Ferlay, et al., 2001; Patrão & Leal, 2004; Roses, 2005; Bastos, Barros & Lunet, 2007; Fernandes, 2009; ACS, 2011a), variando su incidencia, mortalidad y supervivencia en función de cada país (Ferlay et al., 2011). Cabe destacar, que ocurre mayoritariamente en el sexo femenino, pero puede surgir igualmente en el hombre, en una proporción 100/1 (Bastos et al., 2007; ACS, 1998).

En 2008, se diagnosticaron cerca de 1,4 millones de nuevos casos en todo el mundo (Ferlay et al., 2011). Esto representa cerca de un 11% de todos los casos de cáncer y aproximadamente un 23% de todos los tumores malignos en la mujer (Sasco, 2003; Bastos, Barros & Lunet, 2007; Jemal et al., 2008; Ferlay et al., 2011; Jemal et al., 2011). Actualmente se verifica un aumento anual de un 0,5% en la tasa de incidencia del cáncer de mama en el mundo, estimándose que en 2030 haya 2,1 millones de nuevos casos en 2030 (Dey et al., 2009; Ferlay et al., 2011).

El riesgo individual de que una mujer desarrolle cáncer de mama a lo largo de su vida era, en el año 2006, de uno a ocho (Lorhisch & Piccart, 2006; Soerjomataram et al., 2008) sin embargo, las últimas estadísticas indican que esta probabilidad aumentó de uno a nueve, de todas formas, esta probabilidad es acumulativa, lo que significa que el riesgo aumenta a medida que la mujer envejece (Pennery et al., 2010). La incidencia aumenta rápidamente durante la cuarta década de vida y tras la menopausia, continúa aumentando, aunque más lentamente. Según el *National Cancer Institute*, en 2003-2007, la media de edad al diagnóstico fue 61 años (SEER, 2010).

Sin embargo, la combinación de una elevada incidencia y de un pronóstico favorable, hace que el cáncer de mama sea el tumor con mayor prevalencia, aunque se estima que en todo el mundo hay aproximadamente 4,4 millones de mujeres vivas a las que se les diagnosticó cáncer de mama en los últimos cinco años (Bastos et al., 2007).

En población mundial, la supervivencia media tras cinco años, es del 61% (Ferlay et al., 2011).

La tasa de incidencia ha aumentado en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo, y los aumentos han sido mayores donde las tasas eran previamente más bajas (Novais da Silva, 2010). De acuerdo con esta idea, Jemal y cols (2011) señalan que es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres en países económicamente en desarrollo, un cambio constatado a partir de la década anterior, lo que corrobora, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2012).

Las tasas generales de mortalidad de cáncer son semejantes en todos los países, situándose el de mama como la 5ª causa de muerte por cáncer a nivel mundial, y continúa siendo la causa más frecuente de muerte por cáncer en las mujeres (450.000 muertes por año, un 14% del total de muertes en las mujeres) (Ferlay et al., 2011).

Aún así, la tasa de supervivencia tiende a ser más pobre en países en vías de desarrollo, muy probablemente debido a una combinación de factores, principalmente a un diagnóstico tardío y un acceso limitado al tratamiento (Jemal et al., 2011).

En Portugal, el cáncer de mama es la localización neoplásica maligna con mayor incidencia, prevalencia y mortalidad en el sexo femenino (Ferlay et al., 2004; Ogden; 2004; Bastos et al., 2007). La enfermedad incluye a ambos sexos aunque la proporción sea de 100 casos en las mujeres y uno para los hombres (Bastos et al., 2007). En 2008, según las estadísticas de la *International Agency for Research on Cancer* se diagnosticaron, entre 4500-5000 nuevos casos en las mujeres portuguesas (Ferlay et al., 2011), cada día surgen 12-13 nuevos diagnósticos, produciéndose unos 1500 óbitos anuales (Bernardo, 2010 cit. Duarte, 2010). Su incidencia en las mujeres fue de 60/100.000 (Ferlay et al., 2011).

A pesar de estos datos, según Allen y cols. (2009), la mejoría de los métodos de detección precoz ha llevado a que un número creciente de mujeres sobreviva o viva con la enfermedad por largos períodos de tiempo (Vázquez, 2007; Moreira et al., 2008; Navarro et al., 2010; DeSantis et al., 2011; *American Cancer Society*, 2012). Corroborando la idea anterior, Gimón (2007) señala que la detección precoz se ha desvelado como el instrumento más útil para luchar contra el cáncer de mama, para evitar intervenciones agresivas y para alcanzar el más alto nivel de supervivencia. Para la presidenta de la Federación Española del Cáncer de Mama (FECMA), en los últimos años ha aumentado el grado de concienciación y sensibilización de las mujeres sobre la importancia y necesidad de la detección precoz.

De acuerdo con los datos anteriores, según la *American Cancer Society* (ACS) a pesar de la elevada incidencia y prevalencia del cáncer de mama, se comprueba actualmente un descenso en la tasa de mortalidad, debido a los progresos en la prevención (campañas de prevención y rastreo), detección precoz y tratamiento. Por los motivos anteriormente citados, las mujeres con historia de cáncer de mama constituyen el mayor grupo de estudio de supervivientes, lo que apunta a la disminución de la tasa de mortalidad (ACS, 2009/2010). A pesar de ello, se espera que en el año 2011, cerca de 39520 mujeres mueran de cáncer de mama (ACS, 2011), esta mortalidad depende de la incidencia y de la letalidad de la enfermedad (Pollán et al., 2007).

En Portugal, en los casos diagnosticados entre 1990 y 1994, la tasa de supervivencia a los cinco años fue de 71,9% (Bastos et al., 2007), habiéndose constatado un aumento de la misma entre 2000 y 2001, llegando al 81,6%, en la región norte del país (RORENO, 2009) y al 82% en la región sur (RORENO, 2008).

La descentralización de los cuidados de oncología, con la posibilidad de un acceso más rápido y, por consiguiente, la posibilidad de un diagnóstico más precoz,

junto al abordaje multidisciplinar puede ser el origen de estos buenos resultados. Actualmente, el cáncer de mama ha dejado de ser una enfermedad inevitablemente fatal, a ser conceptualizada como una enfermedad crónica que, como tal, persiste, puede reincidir y requerir cuidados médicos por largos períodos de tiempo (Derogatis, 1986; Pimentel, 2006). Sin embargo en mujeres jóvenes las tasas de supervivencia son menores (Chia et al., 2004). Así a los cinco años las mujeres diagnosticadas antes de los 40 años sobreviven un 84% frente al 90% de las mayores de esa edad, lo que puede ser debido a que los tumores diagnosticados en edades más tempranas son más agresivos y/o menos sensibles al tratamiento (Anders et al., 2008).

En Portugal, la mortalidad por cáncer de mama se estancó y comenzó a disminuir a principios de los años 90. Esta tendencia se ha mantenido en los años más recientes, con una reducción más evidente en las mujeres de mediana edad. Esta caída se atribuye, por un lado, a las campañas de prevención, permitiendo diagnósticos más precoces y, por otro lado, a mejoras en el tratamiento ofrecido (Novais da Silva, 2010). Pese a los grandes avances terapéuticos, el cáncer de mama continúa entre las mayores causas de muerte entre las mujeres del mundo, constituyendo un serio problema de salud pública, tanto por su incidencia como por su letalidad (García, 1999 cit. Hoffmann et al., 2006), y por los costes económicos y sociales que implica (Pimentel, 2006) y, además, por la repercusión que tiene en la vida de las mujeres afectadas y de sus familiares (Pollán et al., 2007).

A modo de síntesis, y restringiéndonos a la realidad portuguesa, dado que es en ella donde se desarrolla la presente investigación, enumeramos a continuación algunos hechos que consideramos relevantes, que reflejan los resultados actuales referentes al cáncer de mama publicados en la página de la *Web* del Portal de Oncología Português, consultado en febrero de 2012: 1) En Portugal, surgen aproximadamente 4.500 nuevos

casos por año; 2) Una de cada diez mujeres lo desarrollará en algún momento de su vida; 3) Cada día, se comunican entre once y trece nuevos casos; 4) Mata, todos los años, aproximadamente 1500 mujeres portuguesas, unas cuatro diarias; y, 5) Aproximadamente 90% son curables, si se detectan “a tiempo”, en la fase inicial, y tratados correctamente.

2.3. Factores de Riesgo Asociados al Cáncer de Mama

Cada célula existente en nuestro organismo contiene en su material genético un conjunto de instrucciones que controla el modo en que esta crece y se comporta. El cáncer se desarrolla cuando ocurren alteraciones en ese material genético, produciendo un comportamiento anormal en las células, haciendo que éstas se reproduzcan de un modo descontrolado (Ogden, 2004a). Existen muchas razones para que esto suceda, particularmente, en el cáncer de mama no es fácil señalar una causa concreta. Esta es la razón por la que los profesionales de la salud hablan más de factores de riesgo que de causas de la enfermedad (Pennery et al., 2010). Según la *American Cancer Society* (ACS) (2011), un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de que se padezca una enfermedad, aumentando o disminuyendo su riesgo (Pennery et al., 2010).

A pesar de que no se sepa con exactitud cuál es el motivo que lleva a que las personas desarrollen cáncer de mama, se sabe que su etiología es multifactorial (Crane, 2000; Fernandes, 2000; Mendes, 2002; Ogden, 2004; Hoffmann et al., 2006; Lohrlich & Piccart, 2006), existiendo estudios que apuntan a algunos factores que pueden aumentar su probabilidad.

Según Jardines y cols. (2000) numerosos factores de riesgo pueden estar asociados al desarrollo del cáncer de mama, entre ellos, los factores genéticos, ambientales, hormonales y nutricionales.

Los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama, recaen en dos categorías principales: 1) factores de riesgo que *no se pueden modificar* a través de una modificación comportamental, y por tanto no pueden ser controlados; y, 2) factores de riesgo que *se pueden modificar*, que pueden ser controlados (Crane, 2000; Ogden, 2004; Gutiérrez, 2007; Pennery et al., 2010; ACS, 2011).

Así, los factores de riesgo asociados al cáncer de mama que *no se pueden modificar* son, principalmente: 1) *Sexo* (ser mujer); 2) *Edad* (superior a los 50 años); 3) Haber nacido en *América del Norte* y/o en *Europa*; 4) *Raza y origen étnico* (de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecerlo); 5) *Factores genéticos*; 6) *Antecedentes familiares y personales de cáncer de mama*; 7) *Tejido mamario denso*; 8) *Mayor exposición a estrógeno y progesterona* (menarquía temprana y/o menopausia tardía); y, 9) *Factores ambientales* (exposición a radiación, disolventes orgánicos y radiación iónica) (Zeleniuch-Jacquotte & Shore, 1999; Jardines et al., 2000; Crane, 2000; McPherson et al., 2000; Ogden, 2004; Lorchisch & Piccart, 2006; Pimentel, 2006; Gutiérrez, 2007; Fernandes, 2009; Pennery et al., 2010; ACS, 2011).

Cabe destacar que el conocimiento de estos factores que *no pueden ser controlados* es de extrema importancia, ya que aumentan los niveles de conciencia y vigilancia, para que pueda ser identificado en una fase inicial, cuando la probabilidad de éxito es mayor (Ogden, 2004; ACS, 2011).

Los factores de riesgo asociados al cáncer de mama que *se pueden modificar* son, principalmente: 1) *Tener hijos* (la nuliparidad o las que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen un riesgo ligeramente mayor); 2) *Uso reciente de anticonceptivos orales*; 3) *Terapia hormonal después de la menopausia*; 4) *Lactancia* (podría disminuir ligeramente el riesgo, especialmente si se prolonga por un 1-1,5 años); 5) *Consumo de bebidas alcohólicas y tabaco*; 6) *Sobrepeso y obesidad* (especialmente en mujeres tras la menopausia); 7) *Inactividad física*; y, 8) *Stress/ansiedad* (Jardines et al., 2000; McPherson et al., 2000; Chang et al., 2006; Gutiérrez, 2007; Pennery et al., 2010; ACS, 2011).

El conocimiento de los factores de riesgo que pueden *ser modificados* y la percepción del riesgo personal impulsan la adopción de comportamientos para prevenir, detectar y gestionar la enfermedad (Washbrook, 2006).

Las sociedades modernas han revelado una preocupación creciente por los factores de riesgo, en particular, por aquellos causados por la tecnología y por el estilo de vida (Douglas, 1990 cit. Dias, 2002). Las numerosas campañas de promoción de la salud, principalmente los programas de rastreo que se han dirigido a la opinión pública poseen el mérito de concienciar a las personas sobre este problema (Rice & Atkin, 1989 cit. Dias, 2002), dado que la principal esperanza de reducir la tasa de mortalidad depende del diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad (Dias, 2002; Silva et al., 2004 cit. Fonseca, 2011; Gimón, 2007), lo que mejora el pronóstico (Navarro et al., 2010; Pennery et al., 2010; OMS, 2012).

Sin embargo, los factores de riesgo no suministran toda la información. El tener uno, o varios factores de riesgo, no necesariamente significa que se padecerá la enfermedad, ya que la mayoría de las mujeres que tienen uno o más factores de riesgo nunca padecen la enfermedad, mientras que hasta el 75% de las mujeres con cáncer de mama no tienen aparentemente factores de riesgo (Weihs et al., 1999; Crane, 2000; Ogden, 2004; Jardines et al., 2000).

Por los motivos anteriormente citados, actualmente no son exclusivamente los factores genéticos y ambientales, los asociados al cáncer, factores psicológicos y sociales están igualmente ligados al origen, al desarrollo y al tratamiento de esta enfermedad. A partir de los años 60, posicionamientos oriundos de las ciencias sociales se han conjugado para ofrecer una comprensión más amplia, integrada y holística de la vivencia de la enfermedad, consustanciada en el modelo biopsicosocial presentado por Engel (1977 cit. Dias, 2002). La característica esencial de este modelo es el rechazo del

pensamiento reduccionista y dualista en el abordaje de procesos de salud y enfermedad, pasando a conceptualizarlos como resultado de la intervención de factores tanto biomédicos como psicológicos y sociales, los cuales deben de tomarse en cuenta al analizar los determinantes etiológicos de una enfermedad y su tratamiento.

Siguiendo el modelo biopsicosocial de Engel, algunos estudios buscan la relación entre factores psicosociales y la etiología del cáncer de mama. Varias investigaciones han evidenciado la influencia de los factores psicosociales sobre la incidencia y la progresión del cáncer, principalmente, la personalidad, los acontecimientos de vida estresantes (Fox, 1998; Watson & Greer, 1998; Fernandes, 2000), las estrategias de *coping* (Watson & Greer, 1998) y la función inmunitaria (Redd & Jacobsen, 1988).

2.4. Aspectos Clínicos y Psicológicos del Cáncer de Mama

Desde el punto de vista clínico, el cáncer de mama es un tumor maligno que se desarrolla a partir de células de tejido mamario. Según Pennery y cols. (2010), los tumores que tienen lugar en la mama son mayoritariamente benignos. Esto quiere decir que permanecen contenidos dentro de un área localizada y frecuentemente no requieren ningún tipo de tratamiento, dado que no provocan daños (ACS, 2011). Sin embargo, también pueden crecer en la mama tumores malignos. Estos se denominan carcinomas y pueden ser divididos en dos grupos: 1) *no invasores (in situ)*, en los cuales las células del tumor se mantienen confinadas en los ductos o lóbulos y no revelan evidencia microscópica de invasión del estroma circundante, quedando confinadas en los ductos o lóbulos, sin que se esparzan más allá de la capa de tejido donde se desarrollaron; y, 2) *invasores*, caracterizados porque las células invaden el estroma de la mama y comienzan a esparcirse al tejido circundante (Ogden, 2004; Schnitt, 1995 cit. Fernandes, 2009). A su vez, las lesiones *no invasoras* son de dos tipos: carcinoma ductal *in situ* y carcinoma lobular *in situ* (Gutiérrez, 2007; Newman & Sabel, 2007; Fernandes, 2009); también las lesiones *invasoras* se dividen en: carcinoma lobular invasivo y carcinoma ductal invasivo (Ogden, 2004; Nunes, 2008; Pennery et al., 2010; ACS, 2012). Cabe destacar que los diferentes tipos de lesión difieren en sus características clínicas, morfología y comportamiento biológico (Fernandes, 2009), distinguiéndose el cáncer invasivo del carcinoma *in situ* porque va más allá del tejido y se disemina a los tejidos vecinos, a través de los vasos sanguíneos a otras partes del cuerpo (Gutiérrez, 2007; ACS, 2012), existiendo implicaciones diferentes complicando el pronóstico y las opciones de tratamiento (Fernandes, 2009).

Un dato esencial para seleccionar el tipo de tratamiento a seguir, así como para evaluar sus resultados, es la clasificación de los diferentes estadios de un cáncer. El

sistema de clasificación propuesto por el *American Joint Committee on Cancer* (2002) se conoce como sistema TNM, que evalúa el tamaño del tumor (T), la invasión de los ganglios linfáticos regionales (N) y las metástasis (M), como podemos ver en la tabla 1

Tabla 1 – Clasificación de la diseminación del tumor (Gonçalves, 2010).

Estadio	Clasificación de la Diseminación del Tumor
Estadio 0	Cáncer <i>in situ</i>
Estadio I	Tumor limitado al tejido de origen, desarrollo localizado del tumor
Estado II	Diseminación local, limitada
Estadio III	Diseminación local y regional, extensa
Estadio IV	Metástasis

El objetivo del sistema TMN es definir las categorías y reunir información precisa con la finalidad de permitir una mejor y más adecuada decisión terapéutica (Fernandes, 2009; Gonçalves, 2010; Novais da Silva, 2010; ACS, 2011).

Desde el punto de vista temporal, cada cáncer, exhibe un historial cronológico de eventos significativos. La suma de esos procesos temporales es la llamada “*historia natural o progresión biológica del cáncer*” (Liu & Robins, 2006, p. 6). Las fases del crecimiento temporal de un cáncer pueden ser clasificadas como preclínica y clínica.

La *fase preclínica* corresponde al período de latencia, que engloba el tiempo de inducción del tumor. Durante ese período, varios eventos moleculares y celulares tienen lugar siguiendo un orden cronológico. La duración de esta fase es variable, siendo posible reconocer anormalidades moleculares sugestivas de cáncer ya presentes. La ausencia de señales o síntomas hace que el cáncer se desarrolle y que no se realice el diagnóstico precoz (Liu & Robins, 2006). La *fase clínica* de la historia natural de un cáncer comienza cuando este es diagnosticado. Es en ese momento cuando los síntomas

pueden aparecer y, cuando la terapia es necesaria, en un intento de curar o tratarlo paliativamente (Liu & Robins, 2006).

La trayectoria de vida de una persona que tiene o ha tenido un cáncer se presenta en la bibliografía en varias fases, de acuerdo con el proceso evolutivo de la enfermedad (Pinto, 2007). Mullan (1985) describe tres fases, cada una de ellas marcada por cambios y problemas específicos: la fase aguda, la fase intermedia y la fase permanente.

La *fase aguda* se inicia con el diagnóstico y continúa hasta el final del tratamiento. En esta fase, la persona adopta el papel de "enfermo", muchas veces desnudo de su singularidad, y la supervivencia física se transforma en la preocupación central. Los análisis y las intervenciones terapéuticas a los que son sometidos pueden causar dolor y profundo sufrimiento (De Chico Hayashi & Ferreira, 2004). Los efectos secundarios de la terapéutica son numerosos y tienen un impacto directo no sólo en el sufrimiento físico de la persona, sino también en todas las dimensiones de su vida: psicológica, emocional, social y espiritual/existencial. Las personas tienen que lidiar con el dolor, el sufrimiento, la fatiga y, en ocasiones, con la pérdida de la autoimagen, de la autonomía, con la ansiedad, la tristeza y con el sentido de la propia finitud. (Solana, 2005). Las preocupaciones sociales en esta fase incluyen la capacidad de comunicarse eficazmente con el equipo de salud, especialmente con el médico, la interacción adecuada con la familia, amigos y personas próximas. También las adaptaciones a los cambios de papel en la estructura familiar, el lugar de trabajo, u otras áreas de la red social pueden causar varios tipos de problemas (Leigh & Stovall, 2003). La espiritualidad, los pensamientos sobre la vida y la muerte se vuelven muy frecuentes, y la persona puede entrar en una fase de "negociación" por un milagro, por la cura, o por el prolongamiento de la vida. Cada persona construye su trayectoria, procurando apoyo tanto en valores y creencias religiosas, como en la familia y amigos o en aquellos que

pasaron por experiencias similares (Mullan, 1985; Pinto & Ribeiro, 2007). El proceso de gestión de la dolencia tiene que ser trabajado desde el inicio con la finalidad de promover una mejor adaptabilidad, dado que la información proporcionada de acuerdo con las necesidades de las personas y familias se transforma en una estrategia relevante en ese proceso de adaptación (Pinto & Ribeiro, 2007).

La *fase intermedia* se inicia al final del tratamiento o remisión de la enfermedad, y se caracteriza por una actitud de vigilancia atenta, de consultas regulares de seguimiento y, en ocasiones, por algún tratamiento terapéutico, como sucede con la hormonoterapia en el cáncer de mama (Pinto & Ribeiro, 2007). En esta fase, la persona se mueve a través de una tenue línea entre el “*estar enfermo*” y el “*estar bien*”, entrando en la fase denominada como remisión de la enfermedad, en la que no hay señales de dolencia. El estrés tras la finalización de los tratamientos no es habitualmente reconocido, por lo que puede ser una fase muy solitaria (Leigh & Stovall, 2003). En términos físicos, síntomas como la fatiga, el dolor, el cambio de peso o apetito, pueden permanecer durante un período más o menos largo. Cicatrices, amputaciones o una alopecia permanente perpetúan recuerdos de la enfermedad y de los tratamientos. Parece importante destacar que varios estudios identifican que la alopecia es el efecto secundario más traumático, entre el 46% y 58% de las pacientes así lo consideran, tras el tratamiento de quimioterapia (Munstedt et al., 1997; McGarvey et al., 2001; Moreno et al., 2006). Se pueden comprometer también algunos órganos y/o sistemas, por la toxicidad de los fármacos, o problemas reproductivos que pueden causar infertilidad, así como menopausia precoz en mujeres jóvenes o disfunciones sexuales (Zebrack & Cella, 2005 cit. Pinto & Ribeiro, 2007).

A pesar de que muchos de los síntomas son reversibles, los supervivientes tienen que aprender a monitorizar “señales del cuerpo” y adaptarse a la incertidumbre del

futuro. Esto puede convertirse en una tarea ardua, pues la vigilancia de salud se vuelve más espaciada, y puede incluso dejar de ser realizada por un equipo especializado en oncología (Mullan, 1985; Leigh & Stovall, 2003) y pasar a manos del equipo de cuidados de salud primarios. El sentido de ambigüedad no es tan prevalente en ninguna otra fase. La mayoría de las personas se sienten aliviadas al finalizar el tratamiento, pero paradójicamente, sienten tristeza y ansiedad, porque abandonan la seguridad de control que los tratamientos le daban y la incertidumbre permanece entre las sombras. Tal hecho puede llevar a un vacío y a que muchos enfermos y familias se sientan desamparados en el mundo "saludable" (Pinto & Ribeiro, 2007). Psicológicamente *"la alegría de estar vivo convive con el miedo continuo de la recidiva"* (Pinto & Ribeiro, 2007, p. 144). El cáncer no es como otros padecimientos que, finalizado el tratamiento, se acaba el problema, esta enfermedad deja un sentimiento de que no se termina, hasta mucho tiempo después de haber concluido el tratamiento. Es más, cuando se refieren a los supervivientes de cáncer, los oncólogos prefieren no hablar de cura, usando en su lugar términos como "cáncer en fase de remisión", transmitiendo implícitamente que la recurrencia es una posibilidad (Gutiérrez, 2007).

En términos sociales, el superviviente tiene que reestructurar sus relaciones con los profesionales de salud, familiares, amigos, jefes y otros contextos sociales (Mullan, 1985). Dejó de ser "enfermo" para asumir otro rol, de algún modo ambiguo, "la persona que tuvo un cáncer" y que se encuentra en un tiempo libre de enfermedad.

De hecho, en la secuencia de un acontecimiento que pone en vilo el sentimiento de seguridad, como la vivencia de un cáncer, se hace necesario un tiempo para reencontrar el equilibrio, la homeostasia. Hay que hacer frente a los cambios y transformaciones desencadenadas, equilibrando aspectos positivos y negativos de la vivencia (Solana, 2005). Varias investigaciones concluyen que muchas veces la persona

que se enfrenta a la adversidad sale reforzada, crece con la prueba y la experiencia se usa como una oportunidad para reflexionar sobre la propia vida, estableciendo nuevas prioridades, volviéndose capaz de asumir cambios en el estilo de vida y valorar la dimensión afectiva y espiritual en detrimento de cuestiones de orden material (Vachon, 2001).

Por último, la *fase permanente* surge a partir de la fase intermedia y engloba la duración de vida del superviviente, la probabilidad de recaída es mucho más baja, pudiendo considerarse equivalente a una cura o a una remisión controlada (Mullan, 1985). No hay parámetros que definan cuando se entra en esta fase, hay antes una evolución gradual que aumenta la confianza en la supervivencia, disminuyendo la preocupación por la recidiva y el individuo se mantiene libre de la enfermedad. Sin embargo, mientras algunos supervivientes disfrutan de la idea de cura, otros viven bajo el lema “*un día de cada vez*” (Pinto, 2007; Silva, 2010;). Además de la posibilidad de recidiva, los efectos colaterales, reales o potenciales del tratamiento pueden ser una amenaza para la calidad de vida de los supervivientes (Morris et al., 1977a; Kornblith & Ligibel, 2003; Zebrack & Cella, 2005 cit. Pinto & Ribeiro, 2007; Filazoglu & Griva, 2008).

2.4.1. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama

“O diagnóstico chegou-me como uma surpresa devastadora. O mundo desabou. Fiquei prostrada, tiraram-me a terra debaixo dos pés.”
Anónimo In Direcção-Geral da Saúde (2003a)

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama ha ido evolucionado a lo largo de la historia en función del conocimiento que se ha tenido de él, pasando de ser una enfermedad puramente loco-regional, a la consideración actual de una enfermedad

sistémica que debe ser considerada desde un abordaje multidisciplinar (Román, 2007; Gutiérrez; 2007; Yélamos et al., 2007; Nunes, 2008; Fernandes, 2009; Gonçalves, 2010; ACS; 2012).

En relación al diagnóstico de cáncer de mama, la mamografía es la técnica más ampliamente reconocida como método de detección temprana en personas que no tienen ningún síntoma (Rippon, 1994; Stomper, 1995; Primic-Zakelj, 1999; ACS, 2012). El examen físico sirve como complemento a la mamografía y tiene como objetivo localizar algún bulto o área sospechosa y verificar sus textura, tamaño y su relación con la piel y músculos del pecho (Fernandes, 2009).

Un bulto palpable, deberá someterse a una biopsia (Gutiérrez, 2007), que consiste en la recogida de muestras de tejido de la lesión, que será posteriormente analizada para determinar la presencia o no de células malignas (Smith, Lester & Meyer, 1999; Fernandes, 2009). Esta técnica tiene el propósito de establecer el diagnóstico, el estadio de la enfermedad y el pronóstico, para así elegir la terapia más adecuada (Nettles-Carlson, 1995). El tamaño y la extensión del cáncer de mama son factores importantes para establecer el pronóstico. La detección temprana aumenta las probabilidades de que el cáncer se pueda diagnosticar en una etapa temprana y que se pueda tratar con éxito (ACS, 2012).

Desde la óptica vivencial, un diagnóstico de cáncer de mama supone un importante impacto emocional, por cuanto la persona tiene que asumir el hecho de que padece una enfermedad que amenaza potencialmente su existencia (Solana, 2005; Vázquez-Ortiz et al., 2010). El cáncer es una de las patologías más temibles del mundo moderno (Pereira & Lopes, 2002), produciendo su diagnóstico efectos devastadores en la vida de una persona: es una amenaza para su integridad física y psíquica, confrontando a la persona con su propia vulnerabilidad (Rowland, 1989 cit. Helgeson &

Cohen, 1996; Pinto & Ribeiro, 2007). Por todo ello, el período del diagnóstico puede ser bastante traumático, principalmente si se prolonga.

Tras la confirmación del diagnóstico, la enfermedad recibe un significado propio para cada persona relacionándose principalmente con sus creencias personales y familiares, ampliamente moldeadas por el aprendizaje, por la socialización y las experiencias pasadas, la edad, las concepciones sociales y culturales preestablecidas (Paúl & Fonseca, 2001; Die Trill, 2003), y también por la información vehiculada por los medios de comunicación social (Carreiro, 2009; Gonçalves, 2010; Cardoso et al., 2010), afectando a sus emociones de diversas maneras. De este modo, la representación y el significado atribuido al cáncer de mama se reviste de particularidades inherentes a la propia conceptualización que se hace de este órgano. Las mamas de una mujer cargan con una serie de valores culturales y sociales adquiridos a lo largo de la historia de la humanidad. Se trata de un órgano fuertemente apegado a la mujer y símbolo de feminidad, maternidad y erotismo, estando íntimamente relacionado con la autoestima y la autoimagen, contribuyendo a que el diagnóstico sea un factor estresante para la mujer (Pérez-Villamil, 1999; Dias et al., 2002; Gomes et al., 2002, Solana, 2005; Lopes, 2005; Verosi et al., 2005; Samico, 2007).

En el proceso de adaptación al diagnóstico, las pacientes pueden experimentar y vivir múltiples sentimientos y emociones, tales como depresión, ansiedad, desesperanza, angustia, hostilidad, la negación, sensación de pérdida de control y miedo (Llorca Ramón et al., 1999; Almeida et al., 2000 cit. Dias et al., 2002; Hoffmann et al., 2006; Pimentel, 2006; Gutiérrez, 2007; Gonçalves, 2010), de hecho entre el 20% y el 30% de las mujeres presentan síntomas de ansiedad, depresión y baja autoestima, en algún momento tras el diagnóstico (Ramírez et al., 1995).

Un estudio realizado por Gonçalves (2010) muestra la amplia gama de reacciones y sentimientos de personas que se enfrentan a la confirmación del diagnóstico de un cáncer. Estos van desde la revolución, la negación, la culpa, la resignación, la incredulidad/choque, el miedo, la tristeza y la inseguridad, el espíritu de lucha, la relativización y la esperanza. La misma investigación constató que la confirmación del diagnóstico tiene repercusiones inmediatas en la vida cotidiana de la persona a varios niveles: personal, familiar, actividad profesional, representación social de la enfermedad y religioso.

En este sentido, un estudio realizado por Fuentes y Blasco (2010) con la intención de conocer las preocupaciones que manifiestan las pacientes con cáncer de mama cuando acaban de recibir el diagnóstico y antes de recibir el tratamiento, permitió concluir que las pacientes recién diagnosticadas parecen tener preocupaciones en tres grandes núcleos: los relacionados con el cuidado de los hijos o de terceras personas, los relacionados con el pronóstico, y los relacionados con el tratamiento que va a recibir, especialmente si es quimioterapia (McGarvey et al., 2001).

A pesar del impacto, y de todo lo que ésta representa para el individuo, tanto en términos individuales (Pérez-Villamil, 1999) como en términos sociales y culturales (Paúl & Fonseca, 2001; Die Trill, 2003; Carreiro, 2009; Cardoso et al., 2010), el modo en que la información, el contexto y el apoyo inmediato que se proporciona asumen una importancia fundamental (Gonçalves, 2010). Varios estudios realizados, acerca de la comunicación del diagnóstico, apoyan la necesidad de que la comunicación sea un proceso evolutivo, y continuado, y no se reduzca a un momento puntual, atendiéndose a las necesidades y a las características tanto del paciente como de sus familiares, facilitándose así una mejor adaptación al proceso oncológico (Labrador & Bara, 2004; Peiró et al., 2006; Vidal et al., 2007).

Tras el diagnóstico, para la selección e implementación del tratamiento adecuado, el equipo médico debe considerar la opinión del paciente formando parte integrante de la elección terapéutica (Laborda & Torrubia, 1999; Cruzado, 2003; Román, 2007).

En los últimos años, el tratamiento de cáncer de mama se ha desarrollado teniendo en cuenta un abordaje multidisciplinar, basado en el empleo de varias modalidades terapéuticas, principalmente: cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal (hormonoterapia), entre otras (Weihs et al., 1999; Laborda & Torrubia, 1999; Crane, 2000; Benda et al., 2003; Hoffmann et al., 2006; Yélamos et al., 2007; Mañas et al., 2007; Amorim, 2008; Nunes, 2008; Fernandes, 2009; Pennery et al., 2010; Gonçalves, 2010; ACS, 2011).

De acuerdo con datos de la *American Cancer Society* (2012) estos tratamientos pueden ser clasificados en grupos amplios, basándose en cómo funcionan y cuándo son usados. Así, los procedimientos utilizados en el tratamiento del cáncer de mama pueden ser *locales*: cirugía y radioterapia, o *sistémicos*: quimioterapia, terapia hormonal... Los tratamientos locales se utilizan para controlar, extraer o destruir las células cancerosas de una región específica, sin lesionar el resto del cuerpo; mientras que los sistémicos se dirigen a la corriente sanguínea, destruyendo y controlando las células neoplásicas en todo el cuerpo (Ogden, 2004; Mañas et al., 2007; National Cancer Institute, 2009; Pennery et al., 2010; ACS, 2012). Frecuentemente, el tratamiento recomendado puede consistir en tratamientos terapéuticos aislados o en asociación (Mañas et al., 2007; ACS, 2011). Según el *National Cancer Institute*, las formas de tratamiento dependen principalmente del grado, del estadio y, por supuesto, del estado de salud general del enfermo (Nunes, 2008; NCI, 2009).

Los tratamientos para el cáncer tienen efectos secundarios indeseables y difíciles de soportar desde el punto de vista físico, psicológico, emocional y social. Generalmente, estos tratamientos absorben mucho tiempo y son física y emocionalmente extenuantes (Nettless-Carlson, 1995). Las alteraciones en el estado fisiológico de la paciente (Etapé & Estapé, 1993 cit. Estapé, 2002) se traducen principalmente en fatiga, pérdida de apetito, dolor, pérdida de sensibilidad, sudores nocturnos, náuseas y vómitos, indigestión, alteraciones del peso, problemas de vista, entre otros (Ogden, 2004; Ray & Sabel, 2007; Sjövall et al., 2010).

Además, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama constituyen acontecimientos capaces de afectar al bienestar psicológico de los enfermos (Ribeiro, 1998; Jerónimo & Henriques, 2002).

Muchos estudios han definido las alteraciones relacionadas con el cáncer de mama y sus tratamientos (Irvine et al., 1991; Al-Ghazal et al., 2000). Los problemas psicológicos puestos en evidencia en el transcurso del tratamiento de cáncer de mama son varios, principalmente: sentimientos de mutilación y alteración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, pérdida de sensación de feminidad, disminución del atractivo y función sexual, ansiedad, depresión, alteraciones de humor, indefensión, disfunciones cognitivas, pérdida de la independencia y de la capacidad para realizar actividades sociales y profesionales usuales, aislamiento social, culpa, miedo a la recurrencia y al abandono (Hopwood & Maguire, 1988; Matheson & Drever, 1990; Irvine et al., 1991; Pinder et al., 1993; Charavel et al., 1997; Jerónimo & Henriques, 2002; Die Trill & Die Goyanes, 2003; Ogden, 2004; Kissane et al., 2004; Kaklamani & Gradishar, 2005; Miller et al., 2005; Nunes, 2008; Coelho, 2008; Melo, 2009 cit. Fonseca, 2011; Pennery et al., 2010; Ganz et al., 2004 cit. Fonseca, 2011; Fonseca, 2011; ACS, 2011).

Los especialistas en salud mental han enfatizado que estos problemas provocan un gran impacto en el funcionamiento diario, alterando la autoestima y la autoimagen, los hábitos de la vida, la dinámica familiar, la relación de pareja y la vivencia de la sexualidad, la vida social y la vida laboral de la mujer (Jerónimo & Henriques, 2002; Daniels & Estapé, 1999 cit. Estapé, 2002; Estapé, et al., 1995 cit. Estapé, 2002). Y a estos problemas se añade el problema de saber que se tiene una enfermedad de consecuencias imprevisibles, de tratamientos y terapias complejas con la que hay que acostumbrarse a vivir (Gimón, 2007).

Algunos estudios apunta a una transitoriedad de la alteración emocional y a la recuperación de las pacientes con el paso del tiempo (Wong & Fielding, 2007; Deshields et al., 2005; Bloom et al., 2004). Sin embargo, el tratamiento puede prolongarse durante largos períodos y un número considerable de mujeres puede presentar problemas emocionales años después del diagnóstico (Baltar et al., 2004).

Por los motivos anteriormente citados, Shapiro e Recht (2001) señalan, además, la posibilidad de una disminución de la calidad de vida de las mujeres sometidas a las varias modalidades terapéuticas, aunque según opinan Diegues y Pires (1997), la información, la enseñanza, el soporte emocional y un adecuado apoyo social son detalles de gran valor para el bienestar de la paciente (Ogden, 2004).

2.4.2. Supervivencia en el Cáncer de Mama

Como ya hemos comentado, la posibilidad de sobrevivir al cáncer de mama ha aumentado de forma notable pasando de ser considerada como una enfermedad inevitablemente fatal, a ser conceptualizada como enfermedad crónica (Pimentel, 2006; Alfano & Rowland, 2006; Navarro et al., 2010), este cambio de pronóstico parece deberse en parte a los beneficios combinados de las campañas de prevención, al

diagnóstico más precoz y a los avances en las intervenciones terapéuticas en el área de la oncología clínica, lo que ha ayudado a prolongar la vida de las pacientes (Derogatis, 1986; Ferreira, 1990; Ribeiro, 1998; Llorca et al., 1999; Zeleniuch-Jacquotte & Shore, 1999; Blanco et al., 2002; Perez & Galdón, 2002; Andreu et al., 2002; Pimentel, 2003; Liu & Robins, 2006; Ventafridda et al., 2006; Gutiérrez, 2007; Cardoso et al., 2010; Pennery et al., 2010; Silva, 2010; RORENO, 2010; Navarro et al., 2010).

Aunque la definición de “supervivencia” o de “superviviente de cáncer” no se encuentre todavía consensuada, hemos asistido en los últimos años a un esfuerzo de definición y operacionalización de este concepto en el campo de la Psicooncología (Moorey & Greer, 1989; Kornblith, 1998; ACS, 2008). La utilización de la terminología “superviviente de cáncer” está de algún modo asociada al cambio de pronóstico de la enfermedad oncológica, hoy se ha pasado de “víctima” a “superviviente” de cáncer.

Aunque aún no se ha llegado a un consenso en la definición (Pinto & Ribeiro, 2007), en la bibliografía consultada encontramos que el término *superviviente* fue utilizado por primera vez por Mullan, en el año 1985. Médico, y superviviente de un cáncer, señalaba que el concepto de *enfermo* o de *curado* eran insuficientes para describir lo que le había sucedido, o sea, todas las implicaciones físicas, sociales y emocionales resultantes de una vida con y tras un cáncer.

El *National Coalition for Cancer Survivorship* (2005) considera “superviviente” a toda persona diagnosticada de cáncer hasta el fin de la vida, designando, pues, la experiencia de haber tenido cáncer y continuar viviendo después de ese acontecimiento (Silva, 2010).

El *National Cancer Institute* (2005) presenta una definición más amplia, incluyendo además de a los pacientes, a la familia y a los propios cuidadores como

supervivientes. Sin embargo, una perspectiva más reciente presentada por Feuerstein (2007) es contraria a esta idea, pues no negando la importancia de la familia como sistema de apoyo, no son supervivientes del mismo modo.

Además otros autores delimitan el concepto de superviviente a la persona que vive tras el fin del tratamiento y que se encuentra aparentemente libre de la enfermedad (Solana, 2005), otros que establecen la barrera de los cinco años para determinar la supervivencia, considerando que un superviviente es aquél individuo que vive más de cinco años tras el tratamiento (Leigh & Stovall, 2003).

Gutiérrez (2007) presenta una definición que parece aglutinar las dos ideas anteriores, y define a un superviviente de cáncer como a un paciente que ha terminado su tratamiento y tras cinco años no ha presentado signos de la enfermedad.

Actualmente, a pesar de que la frontera de los cinco años haya sido modificada como parámetro de supervivencia, principalmente porque se verifican variabilidades significativas, y dado que los efectos secundarios de la enfermedad y su tratamiento pueden llegar a surgir mucho más tarde, los profesionales de la salud categorizan como *enferma* a aquella persona que está sobre tratamiento o aún tiene la enfermedad activa, y como *superviviente* a aquella que no manifiesta evidencia de la dolencia (Leigh & Stovall, 2003).

A día de hoy, un número creciente de personas sobrevive al cáncer de mama, vive durante muchos años después del cáncer, por lo que la mayor atención se ha estado prestando a los problemas relacionados con la calidad de vida y el impacto global del cáncer en la mujer y en su familia (Pinto & Ribeiro, 2007). Así, la longevidad en términos médicos ha dejado de ser considerada la única medida de éxito en oncología, y pasan a ser parte integrante de los cuidados en este área, aspectos relacionados con la

vertiente psicológica, emocional, social, económica y espiritual. Comprender de qué forma las personas gestionan el impacto del cáncer y la experiencia de transformación de la vida tras esta enfermedad se vuelve fundamental, mejorando los costes y ganancias en salud, a las evaluaciones basadas únicamente en parámetros biomédicos (Ribeiro, 1998; Pimentel, 2006).

Este proceso, que engloba el momento del diagnóstico, de los tratamientos y el paso a la vigilancia clínica inherente a la supervivencia, puede, de hecho, acarrear diferentes cuestiones psicológicas (Blanco et al., 2001). Sobrevivir a un cáncer es una experiencia que marca al individuo durante toda la vida (Pinto, 2007). Según Lewis y colaboradores (2001), la supervivencia se asocia frecuentemente a miedos persistentes, incertidumbres relativas a la recurrencia y problemas de adaptación psicosocial. Varios estudios demuestran que la experiencia de un cáncer tiene repercusiones en todas las dimensiones de la vida y, de acuerdo con esta idea, Oliveira y Monteiro (2004) consideran que los supervivientes se enfrenta a varios problemas, principalmente: 1) encontrar un significado para el cáncer en su propia vida, reflexionando sobre los cambios físicos, sociales e intrapsíquicos asociados al hecho de enfermar; 2) encontrar un lugar para el cáncer en la vida, asumiéndolo como cualquier otra ocurrencia en el *continuum* de vida, o atribuyéndole una relevancia significativa en la definición del *self*; 3) lidiar con los problemas de los tratamientos y con los efectos secundarios a corto, medio y largo plazo; 4) reestructurar las relaciones con los demás; y, 5) lidiar con la amenaza de la recidiva de la enfermedad.

Por consiguiente, esta experiencia necesita ser reinterpretada y reintegrada por aquellos que sobreviven, dado que, muchas personas manifiestan una gran resiliencia de cara a la enfermedad (Rowland & Baker, 2005) e, incluso salen reforzadas y crecen con la prueba (Holland & Holaban, 2003). Un cuerpo emergente de investigación evidencia

resultados positivos e incluso benéficos entre los supervivientes de cáncer (Rutter, 1987; Weis & Weis, 1997; Yunes, 2003; Poletto & Koller, 2011; Yunes, 2011).

De acuerdo con Navarro y cols. (2010), la rehabilitación del enfermo oncológico debe incluir no sólo el abordaje médico sino también un acercamiento comprensivo que provea apoyo tanto al paciente como a su familia para enfrentarse con la enfermedad, los tratamientos y las secuelas, permitiéndoles recuperar el estado funcional y mejorar la calidad de vida (Fialka-Moser et al., 2003). Pero, en definitiva, el proceso de ayuda debe facilitar su recuperación física, psicológica, emocional, social y laboral tras el tratamiento (Gerber et al., 2005). Este último aspecto, la reinserción laboral, es un objetivo importante para la recuperación (Maunsell et al., 2004) sobre todo en los supervivientes de cáncer de mama más jóvenes (Spelten et al., 2003). La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), consciente de estas necesidades y como respuesta a las mismas, desarrolla desde 1987 el programa de atención integral: *Mucho x Vivir* (Yélamos et al., 2007). Este Programa ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y desde finales de 2005, incluye la inserción laboral como elemento de autosuperación. La consecución de un empleo facilita el proceso de reinserción social, ya que aporta, entre otros, beneficios como independencia económica, oportunidades para desarrollar la autoestima, apoyo social y autonomía para tomar decisiones. Sin embargo, es necesario disponer de herramientas que faciliten su inserción laboral y que garanticen la obtención de un puesto de trabajo ajustado a las necesidades y posibilidades del superviviente (Navarro et al., 2010).

Comprender cómo las supervivientes gestionan el impacto psicosocial y la experiencia de la transformación de sus vidas se vuelve relevante para los profesionales de la salud, para potenciar una supervivencia de calidad (Ramos & Patrão, 2005). Sin embargo, la experiencia es diferente y única para cada persona, volviéndose

fundamental tener en cuenta las idiosincrasias individuales, con la finalidad de que los profesionales de la salud sean capaces de dar un apoyo efectivo que ayude a estas mujeres a adaptarse lo mejor posible a todas las fases que constituyen la trayectoria del cáncer de mama.

Todo lo anterior justifica la importancia y el aumento de la literatura científica publicada a lo largo de las últimas décadas, investigándose el impacto psicosocial y la entrada en la supervivencia (Patrão et al., 2008; Silva, 2010). Cabe destacar que las investigaciones sobre las supervivientes del cáncer de mama implican la integración de dominios multidisciplinares: médico, psicológico, emocional, social, laboral y sexual (Kornblith, 1998 cit. Silva, 2010; Yélamos et al., 2007) y se centran, sobretodo, en la salud y en la vida de las personas con una historia de cáncer (Aziz, 2007).

3. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DEL CÁNCER DE MAMA

3. CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DEL CÁNCER DE MAMA

3.1. Psicooncología

"A SENHORA TEM CANCRO DA MAMA. Naquelas 5 palavras toda a minha vida mudou completamente. Sentei-me ali em estado de choque. O meu médico disse qualquer coisa acerca de ver outro técnico, um psicólogo, para me ajudar a passar por tudo isto. Ele deu-me um pequeno cartão. As semanas seguintes foram um inferno. Mas eu tive sorte. Conseguiram remover todo o tumor. Mas para ficar melhor fisicamente, eu tinha que ficar melhor emocionalmente. Lembrei-me, então, do cartão que o meu médico me entregou. Que alívio ter alguém com quem falar, alguém que foi treinado para fazer mais do que apenas ouvir com compreensão. O meu psicólogo ajudou-me a compreender e a lidar com os meus sentimentos. Fiquei surpreendida ao descobrir quanto aquilo me fez sentir melhor - mais forte, capaz de começar a viver novamente. Eu perdi uma mama. Mas o psicólogo ajudou-me a adquirir uma noção mais forte daquilo que é realmente importante na vida".

Anónimo

La complejidad del cáncer, tanto en términos fisiopatológicos como en términos psicosociales, despertó la consciencia sobre las repercusiones físicas, psicológicas, emocionales e interpersonales de la enfermedad y sus tratamientos, así como sobre su impacto en el bienestar de los enfermos y en su calidad de vida, poniendo en evidencia la necesidad de cuidados psicosociales capaces de minimizar el impacto de esta patología y potenciar la adaptación (Llorca et al., 1999; Almanza-Munoz & Holland, 2001; Trill, 2002a; Pimentel, 2006; Vallejo & Ortega, 2007; Pocino et al., 2007; Veit & Carvalho, 2010; Silva & Boaventura, 2011).

En las últimas décadas, se ha producido un aumento creciente de la aplicación de la Psicología de la Salud al cáncer (Bayés, 1990; McIntyre et al., 2002) y en la Oncología Clínica, ha habido un reconocimiento explícito, de que para lograr el óptimo nivel de calidad en la atención al paciente se ha de proporcionar una adecuada asistencia

psicológica. Al mismo tiempo, en la Psicología de la Salud ha tenido lugar un marcado interés en la práctica profesional de la Oncología, así como en la investigación tanto de los factores psicológicos implicados, como de los procedimientos de evaluación e intervención en este área (Cruzado, 2003). Por consiguiente, estos aspectos contribuyeron a la aparición de un nuevo campo de estudio en Oncología: la Psicooncología, siendo está concebida como un área de intersección entre la Psicología de la Salud y la Oncología (Cohen et al., 2003; Cruzado, 2003; Veit & Carvalho, 2010).

Formalmente, la Psicooncología se inicia a mediados de la década de los setenta (Holland, 1995), sin embargo, fue en la década de los noventa cuando se verificó una auténtica consolidación de esta área, observándose un número creciente de publicaciones sobre el tema, surgiendo como marcos históricos, la creación de la *Internacional Psycho-Oncology Society* y la publicación del *Journal of Psycho-Oncology* (Ibáñez et al., 2002). La Psicooncología, es pues, un área joven del saber, no obstante una disciplina muy compleja, ya que ha de ejercerse de forma interdisciplinar, formando equipos multidisciplinares, constituidos por oncólogos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros y religiosos (Holland & Goen-Piels, 2003 cit. Fernandes, 2009).

La Psicooncología proviene de la constatación de que los factores psicológicos y comportamentales estaban relacionados en la etiología y el desarrollo del cáncer (Llorca et al., 1999; Gil et al., 2002; Sanz, 2002; Cruzado, 2003; Sanz & Modolell, 2004; Yélamos et al., 2007; Veit & Carvalho, 2010), e intenta comprender dos dimensiones presentes en el diagnóstico de una enfermedad oncológica, principalmente: 1) el impacto del cáncer y la reacción psicológica de los pacientes a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, así como la respuesta psicológica de familias y cuidadores (dimensión psicosocial); además, 2) conocer el papel de las variables comportamentales

y sociales que influyen en el riesgo, detección y supervivencia del cáncer (dimensión psicobiológica) (Maslach, 1982; Thomas, 1989; Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Holland, 2002; Ribeiro, 2002; Burón et al., 2008; Gimenes, 2003; Barreto et al., 2000 cit. Sanz & Modolell, 2004; García-Conde & García-Conde, 2005; Holland & Murillo, 2006; Veit & Carvalho, 2010; Boot et al., 2010).

De esta forma, se puede considerar que la Psicooncología contribuye a ampliar la comprensión de la vivencia del cáncer (Rowland, 1994; Die-Trill & Holland, 1995; Cruzado, 2003; Font & Rodríguez, 2007; Silva & Boaventura, 2011), su objetivo primordial es el estudio de los aspectos psicológicos de la enfermedad oncológica y su tratamiento, procurando garantizar la calidad de vida de los enfermos (Justo, 2002; Cruzado, 2003; Veit & Carvalho, 2010; Fonseca, 2011), tomando como marco de referencia el modelo bio-psico-social (Durá & Ibáñez, 2000).

Las intervenciones en Psicooncología son definidas como intervenciones psicosociales, dado que éstas no se restringen únicamente a los aspectos psicológicos, sino que contemplan también toda la dinámica psicosocial. Contribuye al tratamiento clínico, atendiendo a las necesidades que van surgiendo, procurando la mejor adaptabilidad del paciente y de la familia a las dificultades con las que se encuentran (Meyer & Mark, 1995; Helgeson & Cohen, 1996; Helgeson et al., 2004; Gimón, 2007; Liberato & Carvalho, 2008 cit. Silva & Boaventura, 2011).

Varias investigaciones reconocen los beneficios de estas intervenciones que permiten al enfermo: 1) lidiar mejor con la enfermedad y el tratamiento, promoviendo una mejor adhesión terapéutica; 2) clarificar percepciones e informaciones erróneas; 3) reducir los efectos físicos secundarios, tanto de la enfermedad como del tratamiento; 4) prevenir la alteración psicológica y las disfunciones familiares; 5) ampliar, activar y reforzar potenciales redes de apoyo informal, disminuyendo sentimientos de

aislamiento, desamparo y abandono; 6) aumentar la percepción de control sobre la enfermedad; 7) promover el bienestar psicológico y emocional de los pacientes y sus familiares; 8) facilitar la comunicación entre el enfermo y los profesionales de la salud; y, 9) entrenar a los prestadores de cuidados de salud principalmente, en el perfeccionamiento de las habilidades de comunicación con el enfermo (Gimenez, 1997 cit. Venâncio, 2004; Navarro, 1999; Holland, 1995 cit. Sanz & Modolell, 2004; McIntyre, Fernandes & Pereira, 2002; Justo, 2002; Compas & Luecken, 2002; Silva, 2002; Trill, 2002a; Cruzado, 2003; Antoni, 2003; Sanz & Modolell, 2004; Andersen et al., 2004 cit. Maia & Correia, 2008; Ventafridda et al., 2006; Veit & Carvalho, 2010).

De este modo, las intervenciones en Psicooncología ofrecen al paciente apoyo psicosocial y psicoterapéutico, propiciando un espacio seguro para la expresión de sus sentimientos, para el descubrimiento de medios para la disminución del estrés, de la ansiedad y de la depresión, para estimular la movilización de recursos apropiados para la confrontación con la enfermedad, en cada una de sus fases para “(...) *dar prioridad a la comunicación interpersonal, priorizar la calidad de vida y crear un campo propicio para la búsqueda de nuevos significados para el proceso de vivir*” (Silva & Boaventura, 2011, p. 38), repercutiendo en la calidad de vida (Carlson & Bultz, 2003) y contribuyendo a una mejor adaptación a la enfermedad (Justo, 2002, Vallejo & Ortega, 2007; Pocino et al., 2007; Hernández, Cruzado & Arana, 2007; Boot, Holcombe & Salmon, 2010).

El diagnóstico de cáncer arrastra consigo un conjunto de dudas, mitos y miedos, no sólo para el paciente, sino también para familiares y amigos, razón por la cual la intervención psicológica se debe ampliar a otros sistemas de interacción (Gimón, 2007; Maia & Correia, 2008). La familia, es igualmente un blanco de intervención indispensable, dado que también ella se ve emocionalmente afectada por el diagnóstico

de cáncer. A este nivel, el psicooncólogo puede incentivar vínculos, potenciar la comunicación y promover la implicación familiar en los procesos de toma de decisiones (Santos & Sebastiani, 1996 cit. Venâncio, 2004).

Sin embargo, esta intervención no se restringe sólo al periodo de diagnóstico y tratamiento (Venâncio, 2004), dado que existen algunas secuelas psicológicas, emocionales y sociales que perduran durante largos años, pudiendo ser su recuperación incluso más lenta, que la recuperación física. Muchos aspectos psicológicos son movilizados por la enfermedad, haciendo que se vuelva necesaria una intervención psicosocial adecuada para las diferentes fases de la misma (Veit & Carvalho, 2010).

Sin embargo, durante algún tiempo, los estudios en el área de la intervención psicosocial, con enfermos oncológicos, se centraban fundamentalmente en las fases de diagnóstico y tratamiento, prestando una menor atención a la fase de supervivencia. Aún así, se constata que, hoy en día, esta es un área emergente en investigación y surge como un nuevo reto para los profesionales y para los investigadores de esta área. Un ejemplo es la edición de una nueva revista *The Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, que surge debido al aumento del número de supervivientes y a la necesidad de conocer mejor esta realidad.

En este sentido, ya existen estudios que subrayan, principalmente, la importancia de las intervenciones psicosociales en mujeres con cáncer de mama en las diversas fases de la enfermedad, reconociendo mejorías en la calidad de vida y, a su vez, mejorando la adaptación a las nuevas situaciones, facilitando el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico y contribuyendo a una mayor recuperación a todos los niveles: físico, psicológico, emocional y social y, por consiguiente, potenciando la adaptación a la enfermedad (Compas & Luecken, 2002; Bellver, 2007; Font & Rodríguez, 2007; Arving et al., 2007; Veit & Carvalho, 2010).

Sin embargo, es importante destacar que desempeñar funciones de psicooncólogo requiere un conjunto de competencias específicas, un abanico de conocimientos teóricos, formación especializada, práctica clínica y sobretodo, ser un profesional que actúe sustentado en valores y comportamientos éticos (Rowland, 1994; Die-Trill & Holland, 1995; Llorca et al., 1999; Durá & Ibáñez, 2000; Trill, 2002a; Estapé, 2004; Cruzado, 2003; Barbero, 2003; Venâncio, 2004; Gil & Novellas, 2004). Según Sanz y Modolell (2004) la integración del psicooncólogo en los equipos de oncología es necesaria, beneficiosa e indispensable para el cuidado integral del paciente con cáncer (Trill, 2002a).

La Psicooncología puede desempeñar igualmente un papel preponderante en la intervención precoz, en la divulgación de medidas de prevención, puede contribuir significativamente a la investigación de la influencia de factores psicológicos relevantes en el proceso oncológico, cooperar en la optimización del sistema de atención sanitaria, contribuyendo a que los Servicios Oncológicos sean eficaces y de calidad (Holland, 1989 cit. Trindade & Teixeira, 2002; Cruzado, 2003; Veit & Carvalho, 2010), pudiendo ser útiles en la constitución, formación y supervisión de grupos de voluntariado que trabajen directa o indirectamente con enfermos de cáncer (Compas & Luecken, 2002; Cruzado, 2003; Siedler et al., 2004; Veit & Carvalho, 2010).

3.2. Adaptación Psicosocial al Cáncer de Mama

A pesar de los avances en el tratamiento, el impacto subyacentes a un diagnóstico de cáncer de mama provocan, habitualmente, una situación de crisis en la mujer y en la familia, motivada esencialmente por la miríada de desafíos médicos y psicosociales que le son inherentes, exponiendo a las enfermas a una amplia gama de amenazas, y pérdidas potenciales que pueden comprometer su bienestar psicosocial (Alonzo, 2000; Baum & Posluszny, 2001; Dias et al., 2002; Ogden, 2004; Wimberly et al., 2005; Font & Rodríguez, 2007; Coelho, 2008; Silva et al., 2011).

Esta constatación, ha llevado a que muchos investigadores se inclinen por esta temática, de modo que, a día de hoy, existen numerosos estudios científicos sobre el impacto psicosocial del cáncer de mama (Ibáñez & Andreu, 1988; Rowland et al., 1993; Font, 1994; Ferrero et al., 1994; Ganz, et al., 1998; Sosa et al., 1999; Frost et al., 2000; Bertero, 2002; Santos, 2003; Marlow et al., 2003; Font et al., 2004; Lopes, 2004; Samico, 2007; Moreira et al., 2008; Gonçalves, 2010; Novais da Silva, 2010; Fonseca, 2011).

La mayoría de las investigaciones constatan que los primeros meses, tras el diagnóstico, pueden ser extremadamente estresantes para las pacientes que necesitan gestionar sus respuestas emocionales ante el diagnóstico, el tratamiento y sus efectos secundarios. De este modo, la enfermedad y el tratamiento pueden causar significativos cambios en la apariencia y funcionamiento del cuerpo; problemas psicológicos y emocionales, alteración en sus actividades cotidianas, particularmente, en el desempeño del rol familiar y social, que contribuyen a su sentido único de identidad; problemas laborales; y alteraciones en las expectativas y planes de futuro, comprometiendo su funcionamiento físico, psicológico, emocional y social y, a su vez, influyendo en el bienestar y la calidad de vida de las enfermas (Suchman, 1965; Ford et al., 1994;

Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Ogden, 2004; Font & Rodríguez, 2007; Filazoglu & Griva, 2008; Hack et al., 2010; Silva & Boaventura, 2011).

De este modo, el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama imponen a la mujer y a su familia adaptaciones en diversas áreas de la vida, así como la implementación de recursos para lidiar lo más eficazmente posible con un conjunto de importantes desafíos (Dias et al., 2002; Gomes et al., 2002; Ogden, 2004; Wimberly et al., 2005; Pereira & Lopes, 2005; Samico, 2007; Silva et al., 2011). Los recursos disponibles para hacer frente a la enfermedad, tales como los recursos personales, psicológicos y sociales, pueden proteger a la enferma de la intromisión del cáncer y su tratamiento, preservando su calidad de vida y, consecuentemente, facilitando la adaptación psicosocial a la enfermedad (Bloom, 1982; Bloom & Kessler, 1994a; Friedman et al., 2006).

En los últimos años, varias investigaciones señalan la existencia de factores que facilitan o dificultan el proceso de adaptación al diagnóstico. Estos factores pueden ser internos o externos al individuo (Bloom et al., 1998). Son ejemplos de *factores internos* los siguientes: el estilo de afrontamiento (*coping*) (Lazarus, 1982; Brennan, 2001; Stanton et al., 2002; Bishop & Warr, 2003; Schou et al., 2005; Vachon, 2006; Silva et al., 2011); la resiliencia de cara a la enfermedad (Lazarus & Folkman, 1984; Rutter, 1987; Yunes, 2003; Rowland & Baker, 2005; Poletto & Koller, 2011; Yunes, 2011); el optimismo (Lauver & Tak, 1995; Trunzo & Pinto, 2003; Urcuyo et al., 2005; Friedman et al., 2006; Matthews & Cook, 2009); la representación social y el significado atribuido a la enfermedad oncológica (Koocher, 1986 cit. Ribeiro, 1998; Pereira & Lopes, 2005; Carreiro, 2009; Cardoso et al., 2010), el sentido de la eficacia (Bandura, 1977), el control percibido (Wallston et al., 1976), entre otros. En cuanto a los *factores externos*, estos se refieren a los recursos externos que las personas tienen a su disposición,

incluyendo recursos sociales, tales como relaciones próximas y de apoyo, formados por una red de familiares, amigos y el equipo terapéutico; recursos financieros; seguros de salud; entre otros (Rowland, 1990; Pierce et al., 1996; Bloom, 1996; Pérez-Villamil, 1999; Weihs et al., 1999; Underwood, 2000; Holland & Holahan, 2003; Reynolds & Perrin, 2004; Friedman et al., 2006; Filazoglu & Griva, 2008; Kim et al., 2010).

Sin embargo, el éxito de la adaptación al cáncer de mama puede verse influenciado por un vasto conjunto de factores, como son: 1) las características personales; 2) la etapa del ciclo vital en el que se encuentre; 3) la severidad de la enfermedad y su pronóstico; 4) el tipo de cirugía realizada; 5) la presencia de efectos secundarios; 6) la fase de la enfermedad en la que se encuentre; 7) los recursos personales y sociales que posea para lidiar con la enfermedad; 8) los factores ambientales, sociales y culturales; 9) el malestar emocional, que se traduce fundamentalmente en problemas de ansiedad y depresión; y, 10) las dificultades de ajuste social, principalmente en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja y sexuales, que dificultan la adaptación de la mujer a su nueva situación (Holroyd & Lazarus, 1982; Folkman, 1984; Rowland, 1989; Endler et al., 1993; Peretz et al., 1994; Carver & Scheier, 1994; Maes et al., 1996; Watson & Greer, 1998; Die Trill, 1999; Lazarus, 2000; Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Faria & Xarepe, 2000; Die Trill & Goyanes, 2003; Die Trill, 2003; Vos et al., 2004; Ramos & Patrão, 2005; Carlsen et al., 2007; Knobf, 2007; Yélamos et al., 2007).

De este modo, la mejoría de la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama y, por consiguiente, su adaptación a la enfermedad parecen estar relacionadas con intervenciones que tiendan a la reducción de los efectos secundarios del tratamiento y proporcionen apoyo psicológico y social a las enfermas (Bloom, 1994; Fawzy, Fawzy, Arndt & Pasnau, 1995). En este sentido, existen factores mediadores que pueden

interactuar con las características de los acontecimientos de vida, de manera que influyen en la respuesta de la mujer al cáncer de mama, entre los cuales destacan: la existencia de soporte social y las estrategias de afrontamiento (Perkins, 1982).

Así, la existencia de relaciones interpersonales significativas, entre las cuales se incluyen las relaciones con la familia, amigos, compañeros de trabajo y con el equipo médico (Bloom, 1982; House & Kahn, 1985; Bloom et al., 1991; Bloom et al., 2001; Bolger et al., 1996; Michael et al., 2002; Pistrang & Barker, 1995; Wimberly et al., 2005; Hoffmann et al., 2006; Pennery et al., 2010), tanto en el momento del diagnóstico como a lo largo del desarrollo de la enfermedad, durante el tratamiento terapéutico e, incluso, en la fase de supervivencia, lo identifican como una necesidad (Lindop & Cannon, 2001). Así, las pacientes que perciben el soporte social recibido como adecuado para sus necesidades, evidencian bajos niveles de *stress*, mejor calidad de vida y una mejor capacidad de adaptación psicológica a la enfermedad (Komproe et al., 1997; Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Bloom et al., 2001; Michael et al., 2002).

En lo que concierne a los estilos de *coping*, estos representan las estrategias utilizadas por los individuos para lidiar con acontecimientos de vida inductores de *stress*. Así, la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento activas, conducen a una reducción del impacto negativo del cáncer (Watson & Greer, 1998; Rustoen & Begnum, 2000; Shapiro et al., 2001).

Corroborando las ideas anteriores, Watson y Greer (1998) y Rowland y Massie (1998) afirman que las mujeres que utilizan un patrón activo de “espíritu de lucha” para resolver los problemas inherentes a la vivencia del cáncer de mama y que, simultáneamente, se sienten satisfechas con el soporte social son capaces de adaptarse mejor a la enfermedad, contribuyendo a una mejor calidad de vida y mayor

supervivencia de las enfermas. También Cardoso y cols. (2010) abogan que, a pesar de que cada enferma lidie con el cáncer de una forma personal e individual, parece que las mujeres que utilizan estrategias de *coping* enfocadas al problema (*coping* activo) y que buscan apoyo psicosocial consiguen mantener una autoestima elevada, una mejor calidad de vida y, naturalmente, una mejor adaptación a la enfermedad.

Actualmente, existe un elevado número de investigaciones sobre este proceso de adaptación psicosocial, pero se han centrado sobre todo en el período de adaptación inicial, por lo que es fundamental investigar el proceso de adaptación del cáncer de mama a lo largo del tiempo, principalmente, en la fase de supervivencia (Helgeson et al., 2004).

Conscientes de esta realidad, en los últimos años, algunos investigadores se han inclinado sobre los efectos a largo plazo del cáncer de mama en la calidad de vida de las mujeres y sobre el proceso de adaptación a la enfermedad (Bower et al., 2000; Dorval et al., 1998; Ganz et al., 1996; Ganz et al., 1998; Meyerowitz et al., 1999), dado que, a medida que aumentan los supervivientes, el proceso de adaptación va evolucionando. Para Gutiérrez (2007) muchos pacientes se ven con un buen pronóstico y creen que sobrevivirán a la enfermedad durante el proceso de adaptación pasan por las siguientes fases: a) *Incredulidad*: nadie está preparado para recibir un diagnóstico que amenaza a la vida, por eso, un sentimiento de incredulidad es común. Esta fase es transitoria y termina cuando el paciente acepta que está enfermo; b) *Descubrimiento*: en cuanto se sabe el diagnóstico surge la necesidad de conocer y adquirir información. El informarse produce un sentimiento de control. Se piden segundas opiniones y el paciente empieza a descubrir su fuerza y debilidad, y reconstruye o actualiza sus creencias espirituales; c) *Enmarcación*: el paciente empieza a adaptar su sistema de vida a un camino nuevo y productivo. Aquí pondrá a prueba sus capacidades para enfrentar situaciones difíciles y

echará mano de los elementos positivos de su personalidad. Algunos se apoyan en Dios, otros se amparan en su familia, y los más buscan explicación y esperanza en los médicos y la tecnología; d) *Balance entre preocupación y esperanza*: los cambios de ánimo son comunes, y el paciente pasará por momentos de esperanza y en otros de decepción, con rebeldía o sintiéndose culpable. Entonces, es necesario hacer un balance entre la preocupación y la esperanza; e) *Control de pensamientos negativos*: los sentimientos de remordimiento y de culpa son comunes. No es sorprendente que el enfermo se sienta responsable de su enfermedad y que se considere merecedor de un castigo por comportamientos erróneos pasados (principalmente, rutinas poco saludables, tales como: fumar, beber, malos hábitos alimenticios, entre otros); y, finalmente, f) *Nueva vida*: algunos pacientes, cuando han luchado contra el cáncer y logran controlarlo, empiezan a tomar una nueva concepción de la vida. Encuentran un renovado placer en las actividades, en su trabajo y en sus aficiones que antes no valoraban, y sienten que han logrado hacer su existencia más productiva emocional y espiritualmente. Al descubrir un nuevo sentido de vida, ésta adquiere un valor especial y un significado diferente, se intenta vivir de la mejor forma posible y libre de sufrimientos.

Así, aunque varias investigaciones constatan que la gran mayoría de las mujeres con cáncer consigue, progresivamente, adaptarse a un nivel de funcionamiento normal, es importante destacar que no todas siguen la misma trayectoria (Kübler-Ross, 1969; Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Moreira et al., 2008). Algunas mujeres mantienen dificultades durante un largo período de tiempo, otras conservan niveles de funcionamiento normales y otras adquieren mejorías en el funcionamiento psicológico (Helgeson et al., 2004).

Un estudio realizado por Helgeson y cols. (2004) examinó los patrones de adaptación al cáncer de mama a lo largo de un período de cuatro años, pone de manifiesto que aspectos relacionados con los *recursos personales* (autoimagen, optimismo, control percibido, atribución de significado a la experiencia de cáncer), *recursos sociales* (tipos de apoyo recibido de la familia y de los amigos) y los *aspectos de la propia enfermedad* conducen a cursos diferentes de funcionamiento mental y físico en el proceso de adaptación al cáncer a largo plazo. Este estudio concluye también que el proceso de adaptación no es igual en todas las mujeres. Así, en el proceso de recuperación y de adaptación a la enfermedad oncológica pueden existir diferentes patrones de funcionamiento psicosocial, o sea, diferentes trayectorias interindividuales, y no sólo un único modelo de adaptación (Kübler-Ross, 1969; Gray & Doan, 1990; Almanza-Muñoz & Holland, 2000; Knopf, 2007; Allen et al., 2009; Pennery et al., 2010).

Expuesto esto, el conocimiento y la comprensión de las repercusiones del cáncer de mama a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, así como de los factores y de las reacciones que favorecen el proceso de adaptación a estos acontecimientos, constituyen un paso importante en la definición de un conjunto de estrategias de cara a la mejoría del bienestar y de la calidad de vida de las enfermas y, por lo tanto, su adaptación psicosocial al cáncer (Pistrang & Barker, 1995; Fobair, 1997 cit. Lopes, 2004; Ramos & Patrão, 2005).

3.3. Estrategias de Afrontamiento y Enfermedad Oncológica

Un diagnóstico de cáncer casi siempre se encara como una situación que amenaza la vida y la integridad de la persona, principalmente: su identidad personal, sus rutinas cotidianas, su relación con la red de apoyo social habitual, sus proyectos y planes futuros; no obstante, confronta a los individuos con la experiencia del dolor, de sufrimiento y con la realización de procesos médicos desconocidos y con efectos colaterales severos. Por consiguientes, el diagnóstico de una enfermedad oncológica se señala típicamente como un acontecimiento susceptible de inducir *stress* en el individuo generando, consecuentemente, desequilibrio en el bienestar y en su homeostasia (Moos, 1982; Moos & Shaefer, 1984 cit. Bennet, 2002; Serra, 1999; Santos, 2003; Lopes, 2004; Pereira & Lopes, 2005), exigiendo al enfermo y a la familia la movilización de recursos personales y sociales para lidiar con la situación e implicando la adopción de un abanico variadísimo de estrategias de afrontamiento para hacer frente a la enfermedad oncológica (Rowland, 1989 cit. Varela & Leal, 2007; Holland & Lewis, 2001; Bennet, 2002; Dias, 2002; Ribeiro et al., 2003; Lopes, 2004; Ribeiro, 2005; Gomes, 2008; Fernandes, 2009).

Según Canavarro (2001 cit. Varela & Leal, 2007), el *stress* surge debido a una necesidad de reorganización, de cara a una situación rara y extrema. Sin embargo, la forma en que se efectúe la reorganización y el regreso a una situación de equilibrio implica que el individuo sea capaz de enfrentarse a la situación que provocó la crisis y de superarla. El éxito de ese proceso dependerá, en gran medida, de las estrategias de afrontamiento (*coping*) utilizadas por el paciente en el transcurso de la enfermedad, implicando su utilización, una mayor o menor capacidad de adaptación a la situación inductora de *stress* (Rowland, 1989 cit. Varela & Leal, 2007; Kann, 1995 cit. Varela & Leal, 2007; Paúl & Fonseca, 2001; Santos, 2003; Varela & Leal, 2007).

Las estrategias utilizadas por los enfermos para hacer frente al cáncer, han sido ampliamente estudiadas por varios autores, desde diferentes perspectivas. Lazarus y Folkman (1984, p. 141) propusieron el concepto de *coping* (del inglés *to cope* = enfrentar), definiéndolo como un “*conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales constantes para gestionar exigencias específicas, internas y/o externas, que son evaluadas como excediendo los recursos del individuo*”. De este modo, de acuerdo con los mismos autores el *coping* se entiende como una variable mediadora, al auxiliar el proceso de adaptación individual, cuando el individuo está ante situaciones inductoras de *stress* (Rodríguez, 1999; Ribeiro & Rodrigues, 2004; Amorim & Coelho, 2004). El término *coping* se refiere, pues, a un concepto complejo e incluye una multiplicidad de mecanismos, como factores biológicos, psicológicos y sociales, promotores del bienestar psicosocial del enfermo oncológico (Paúl & Fonseca, 2001).

Uno de los modelos explicativos de las respuestas al *stress* más ampliamente utilizado con aplicación a la enfermedad oncológica es la *Teoría Transaccional de Stress* de Lazarus y Folkman (1984), que surge como una de las principales referencias teóricas, en el ámbito de la perspectiva psicológica. Siendo este un modelo cognitivista, preconiza que las interpretaciones que las personas de los acontecimientos - en términos de contenidos de *daño*, *pérdida* o *desafío* - determinan las respuestas a los acontecimientos (Maes et al., 1996; Machado & Lima, 1998 cit. Santos, 2003). En este modelo se consideran dos categorías de evaluaciones: la evaluación primaria y la secundaria. En el proceso de *evaluación primaria*, el individuo evalúa los acontecimientos propiamente dichos como: 1) irrelevantes; 2) benignos y positivos; 3) dañinos y amenazadores; o como, 4) un desafío, llevando a que el sujeto determine el significado que el acontecimiento puede tener en su bienestar. En base a esta idea, un estudio reciente ha verificado que la calidad de vida de los enfermos oncológicos era

mejor cuanto menos amenazadora se concibiese la enfermedad (Steginga et al., 2009 cit. Silva, 2010). En la *evaluación secundaria*, el individuo se evalúa a sí mismo, en aquello que puede hacer para lidiar con la situación, sus recursos disponibles y la eficacia de las estrategias de *coping* utilizadas.

Es decir, en el primer momento identificamos la posible amenaza que la situación encierra; si la situación se considera amenazadora, un segundo proceso evaluativo tiene lugar, en el que se considera si somos o no capaces de enfrentarnos a la situación. Sólo si consideramos que la situación es potencialmente amenazadora, y que no disponemos de los recursos necesarios para afrontar de un modo eficaz el hecho, sufriremos algún grado de *stress* (Varela & Leal, 2007). Como respuesta al *stress*, el individuo no es visto como pasivo, sino como interactuando con el mundo exterior, ya que las personas están constantemente ajustando sus estrategias de *coping* a las fuentes de *stress* identificables (Lazarus & Folkman, 1984; Patrão & Leal, 2004; Danhauer et al., 2009).

Investigaciones realizadas en el ámbito oncológico han demostrado que las personas utilizan diferentes estrategias de *coping* para lidiar con el diagnóstico, elegidas, sobretudo, en función de la evaluación que hacen, principalmente de: 1) las *características de la enfermedad*, incluyendo su controlabilidad, la localización del tumor y el estado de la dolencia, los síntomas, el tipo de tratamiento realizado, el transcurso de la enfermedad y su pronóstico (Moos, 1982; Heim et al., 1997; Rodríguez, 1999; Folkman & Moskowitz, 2000 cit. Ribeiro & Rodrigues, 2004); 2) sus *características personales y sociodemográficas* (Lipowski, 1970; Folkman & Lazarus, 1980; Moos, 1982; Weisman, 1989; Rodríguez, 1999), como la edad, el nivel socioeconómico, la situación profesional, las competencias y capacidades cognitivas, el estado emocional, la representación social y el significado atribuido a la enfermedad

(Lazarus & Folkman, 1984; Dunkerl-Schetter et al., 1992; Lazarus, 1999; Bennet, 2002; Die Trill & Die Goyanes, 2003; Varela & Leal, 2007), sus creencias religiosas y espirituales (Rowland, 1990; Folkman & Moskowitz, 2000 cit. Ribeiro & Rodrigues, 2004); y, finalmente, 3) los *factores situacionales*, principalmente, el ambiente físico y sociocultural, y los recursos sociales disponibles, entre otros (Die Trill, 2003).

El *coping* es pues un proceso dinámico de adaptación, cuyas respuestas pueden y deben cambiar a lo largo del tiempo según el estresor va evolucionando (Maes et al., 1996; Santos, 2003; Lopes, 2004; Roussi et al., 2007). En realidad, “*el paciente no elige tener un cáncer, pero puede escoger cómo lidiar con él*” (Silva & Boaventura, 2011, p. 44). Sin embargo, las estrategias de afrontamiento pueden ser más o menos favorables para las diferentes fases de la enfermedad, asumiendo, un papel fundamental para el bienestar físico y psicológico de los individuos (Endler et al., 1993; Ribeiro, 2005; Gomes, 2008).

La *Teoría Transaccional del Estrés* sugiere también que, de cara a una situación inductora de estrés, los individuos se involucran en procesos cognitivos y comportamentales que tienen dos funciones paralelas, principalmente: 1) estrategias de afrontamiento *enfocadas al problema* o regulación de la enfermedad; y, 2) estrategias de afrontamiento *enfocadas a la emoción* o regulación de las emociones desencadenadas por el acontecimiento estresante (Lazarus & Folkman, 1984).

Las estrategias de *coping* que viabilizan la *resolución de problemas* son utilizadas cuando los acontecimientos son comprendidos como susceptibles de ser controlados por el propio sujeto, se centran en el análisis y definición del problema, en la creación de alternativas y soluciones, en la evaluación de costes y beneficios de cada una de las soluciones y, finalmente, en la elección de la mejor estrategia a implementar. Este tipo de *coping*, relaciona al individuo con intentos activos para enfrentarse a la

fuentes de estrés, orientados hacia la resolución directa del problema, permitiendo así, reducir la percepción de la amenaza que la enfermedad oncológica provoca. Esto sucede, principalmente, a través de la búsqueda de información y de apoyo social, de la fijación de objetivos a corto, medio y largo plazo, entre otros (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984; Varela & Leal, 2007).

A su vez, el *coping* que permite el *control de las emociones* se utiliza, generalmente, cuando no se puede hacer nada para modificar la amenaza o el peligro, la alternativa es gestionar la incomodidad emocional y el sufrimiento causado por el diagnóstico y tratamiento, recurriéndose a la fuga, al distanciamiento del problema, a la atención selectiva y a la desvalorización de los acontecimientos negativos. Se trata, pues, de estrategias que posibilitan la negación de los hechos y la implicación en los mismos, para no reconocer lo peor y reaccionar como si no hubiera sucedido nada (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984; Varela & Leal, 2007).

Sin embargo, parece importante destacar que, habitualmente, los individuos utilizan los dos tipos de *coping* en todas las circunstancias estresantes, ya que ambos pueden ser concretizados mediante estrategias cognitivas y comportamentales en un acontecimiento estresante en particular (Folkman & Lazarus, 1980; Compas, 1987; Bennet, 2002). Corroborando esta idea, Carver y Scheier (1994) consideran que los dos tipos de *coping* interactúan; el *coping* enfocado a la emoción facilita el *coping* enfocado al problema, eliminando algún *distress* que dificultaría la confrontación con el problema; y, por otro lado, el *coping* enfocado al problema vuelve la amenaza menos grave, disminuyendo así las emociones negativas. Es importante destacar también que cada estrategia de *coping* puede ir dando lugar a otra, gradualmente, o incluso situarse en planos concurrentes (Folkman & Lazarus, 1980). De este modo, no se deberá hablar de estrategias de *coping* adecuadas o inadecuadas, más o menos eficaces, dado que el

enfermar es un proceso único y singular de cada individuo, haciendo que existan variadas formas de afrontamiento del cáncer (Folkman & Lazarus, 1980; Moos, 1982; Lazarus & Folkman, 1984; Compas, 1987; Stroebe & Stroebe, 1999 cit. Varela & Leal, 2007; Bennet, 2002) y, por consiguiente, la eficacia del *coping* resulta del “*equilibrio entre el control del desaliento emocional y la gestión del problema que origina el desaliento*” (Varela & Leal, 2007, p. 480).

Según Holroyd y Lazarus (1982), el tipo de evaluación centrado en el problema implica una respuesta de *coping* más persistente (*coping* enfocado al problema), conduciendo a una disminución del estrés (Holroyd & Lazarus, 1982); sin embargo, la negación y la fuga, como estrategias de evitación (*coping* enfocado a la emoción), pueden ser ineficaces por no resolver el problema; sin embargo, tienen valor adaptativo en las situaciones en que no es posible una actuación, como mínimo inmediata, para modificar la situación, o sea, cuando no se puede hacer nada para aliviar el desánimo que la situación de la enfermedad provoca. De este modo, la utilización de estas últimas estrategias, procuran disminuir las implicaciones emocionales inherentes al diagnóstico y tratamiento (Billings & Moos, 1984; Carver & Scheier, 1994; Lazarus, 2000).

De acuerdo con Ribeiro (2002), conviene también destacar que el *coping* incluye la gestión de la situación estresante y no obligatoriamente su control, la cual pasará por minimizar, tolerar, cambiar o aceptar la situación. En base a esta idea, Pearlin y Schooler (1978) atribuyen al *coping* tres funciones principales, principalmente: 1) *la gestión del problema* que causa alteración, a través de la eliminación o alteración de condiciones que están en el origen del mismo; 2) *la reinterpretación del significado de la experiencia*, para que ésta parezca menos amenazadora; y, finalmente, 3) *el control de emociones inducidas por la situación*. Estos conceptos han sido descritos por otros autores, siendo referidos en la literatura, con los términos *coping enfocado al problema*

o instrumental, *coping reevaluación positiva* y *coping enfocado a las emociones*, respectivamente (Holahan & Moos, 1987 cit. Ribeiro & Rodrigues, 2004; Endler et al., 1998; Lopes, 2004).

De acuerdo con Serra (1999), además de las estrategias de *coping* citadas anteriormente, el individuo puede también recurrir a estrategias de *coping enfocadas a la interacción social*. Estas hacen referencia al modo en que la persona procura, lidia y mantiene las relaciones sociales con otras personas en situaciones de estrés. La intensidad del estrés se ve atenuada en función del apoyo social al que el individuo tiene acceso, a su disponibilidad y si éste responde a sus necesidades y/o es considerado suficiente (Lazarus & Folkman, 1984).

Las categorías de *coping* estudiadas por Greer y Watson (1987) son las que más han sido utilizadas en el contexto de la intervención psicológica en oncología. Para estos autores, la adaptación mental al cáncer puede ser definida, como el conjunto de respuesta cognitivas y comportamentales manifestadas por un individuo de cara a su diagnóstico de cáncer. Este proceso comprende en sí la fase evaluativa, en la que el enfermo analiza y percibe las implicaciones de la enfermedad oncológica en su vida, así como las reacciones resultantes, que comprenden todo lo que el enfermo hace para reducir la amenaza impuesta por la enfermedad y adaptarse a sus implicaciones (Greer et al., 1989).

En el proceso de adaptación al cáncer, Greer y Watson (1987) y Greer y cols. (1989) identificaron las cinco estrategias de *coping* más comunes, las cuales tienen subyacente un sistema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control de la enfermedad y a la visión del pronóstico. Estas estrategias son: el *espíritu de lucha*, la *evitación cognitiva* o *negación*, el *fatalismo*, la *desesperanza* y la *preocupación ansiosa*. Clasifican estas estrategias como activas

(espíritu de lucha y evitación) o pasivas (fatalismo, preocupación ansiosa e desesperanza).

Deteniéndonos un poco más profundamente en la descripción de estas cinco estrategias, el denominado espíritu de lucha se visualiza como el conjunto de respuestas más adaptativas. Un paciente con *espíritu de lucha* encara el diagnóstico de cáncer como un desafío que puede ser superado, tiene una visión optimista del futuro (pronóstico de la enfermedad), y creencias acerca del control de la enfermedad, acompañado de comportamientos como la búsqueda de información apropiada, pero no excesiva sobre el cáncer y la voluntad de participar en la lucha contra la enfermedad, asumiendo un papel activo en su rehabilitación y recuperación, procurando combatirla y vivir una vida tan normal como sea posible (Moorey & Greer, 2002 cit. Silva, 2010; Berlanga et al., 1995).

Cuando utilizan como estrategia la *evitación* o *negación*, el paciente niega o minimiza la gravedad de la enfermedad, elabora una visión positiva del pronóstico y, consecuentemente, se constata la ausencia de evaluaciones relativas al control de la situación. Una forma más funcional de evitación es la llamada evitación positiva, en la que el paciente procura seguir su vida sin pensar en el cáncer, usando la distracción con ese fin. Según Franks y Roesch (2006) la negación, el distanciamiento, así como el desinvertimiento emocional y comportamental de cara al diagnóstico del cáncer está asociado a síntomas depresivos y a una, por consiguiente, peor calidad de vida (Derks et al., 2005).

Un paciente que recurre a la estrategia basada en el *fatalismo* tiene una actitud de aceptación pasiva de la enfermedad, posee la percepción de que no es posible ningún tipo de control y las consecuencias de esta falta de control deben ser aceptadas con

ecuanimidad. Prevalece la visión del diagnóstico como una amenaza menor y se verifica la aceptación de cualquier pronóstico.

A su vez, los pacientes que utilizan la *preocupación ansiosa*, encaran el diagnóstico como una gran amenaza, y sienten incertidumbre en cuanto al pronóstico y a la posibilidad de ejercer control sobre la situación de la dolencia, considerándose el futuro como algo imprevisible. La ansiedad es el efecto predominante y los pacientes pueden pasar mucho tiempo preocupados por la posibilidad de una recidiva, en una actitud de hipervigilancia en relación a su cuerpo, identificándose cualquier síntoma físico como una señal de la enfermedad. Los pacientes buscan información sobre la dolencia pero tienden a interpretarla de forma pesimista.

Por último, la estrategia de *coping desesperanza* presupone que el paciente ve la enfermedad como una gran amenaza, pérdida o derrota, sobre la que no se puede ejercer ningún tipo de control y los resultados negativos percibidos se experimentan como si ya estuviesen sucediendo. Presupone una actitud de pesimismo, en la que el paciente se siente sumido por la enormidad de la amenaza de cáncer. La enfermedad se encara como una pérdida irreparable, prevalece una visión negativa del pronóstico, se constata una baja percepción de control de la enfermedad y, ausencia de respuestas orientadas a la alteración de la situación (Berlangua et al., 1995).

A pesar de que algunos autores defiendan que no se deba hablar de estrategias de *coping* más o menos eficaces para lidiar con situaciones inductoras de estrés, Varela y Leal (2007), citando a Kann (1995), presentan una perspectiva contraria y abogan que el *coping eficaz* requiere la utilización de estrategias orientadas a la resolución del problema; que está asociado a bajos índices de morbilidad psicosocial; preserva la integridad física del individuo; ayuda a mantener las relaciones y el desempeño de los diferentes roles familiares y sociales; permite el mantenimiento de un autoconcepto

positivo, dado que el paciente cree que tiene la capacidad y los recursos para tener un control directo sobre su enfermedad (Varela & Leal, 2007). Así, visto como un mecanismo adaptativo, el *coping* alerta a los enfermos sobre la necesidad de buscar cuidados médicos, los ayuda a anticiparse a los estresores y moviliza medios de resolución de problemas (Dias, 2002; Serra, 2002). De acuerdo con Moos y Schaefer (1984 cit. Bennet, 2002), las estrategias de *coping* posibilitan una adaptación saludable, reacciones emocionales más equilibradas y comportamientos de *coping* eficaces. En opinión de Dias (2002), el comportamiento de búsqueda de información se constituye como una estrategia de *coping* que reduce el estrés a lo largo de la trayectoria de la enfermedad y, de acuerdo con DeRidder y colaboradores (1997 cit. Bennet, 2002), un *coping* eficaz contempla también el mantenimiento de la autonomía personal y la aceptación de la enfermedad.

A la inversa, el *coping mal adaptativo* se relaciona con situaciones en el que el tratamiento esencial no es seguido por el paciente debido al estado emocional de éste, las estrategias de *coping* de evitación, como la negación y la fuga del problema, están asociadas a elevados índices de morbilidad psicosocial, principalmente a mayor angustia y, por eso, generadoras de más estrés que la propia enfermedad, impidiendo que el enfermo lleve a cabo sus actividades cotidianas, conduciéndolo al abandono de los recursos habituales de gratificación personal y, por consiguiente, ampliando los síntomas psíquicos, pudiendo incluso originar síntomas físicos que dificulten el diagnóstico diferencial entre estos y la enfermedad (Varela & Leal, 2007).

De este modo, vivir con una enfermedad crónica, implica necesariamente un intento de reconstrucción de la propia vida, incluyendo estrategias específicas para lidiar con los síntomas, con las consecuencias percibidas de la enfermedad, así como con la

adaptación a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (Paúl & Fonseca, 2001; Die Trill & Die Goyanes, 2003).

3.3.1. Estrategias de Afrontamiento y el Cáncer de Mama

Los desafíos inherentes a la vivencia del cáncer de mama, así como a cada una de las fases, hace que los niveles de estrés experimentados por las pacientes se modifiquen a lo largo del tiempo, respondiendo a cambios personales y ambientales, en un proceso dinámico (Lloyd, 1991 cit. Rodríguez, 1999). Por consiguiente, tendrán que modificarse igualmente las estrategias de afrontamiento, ya que lo que puede ser eficaz en un momento puede no serlo en otro (Rodríguez, 1999; Maia & Correia, 2008). En base a esta idea, Holmes y Stevenson (1990 cit. Llorca Ramón et al., 1999) consideran que explorar los factores temporales en el estudio de las estrategias de afrontamiento, constituye un factor de extrema importancia.

De este modo, las estrategias de *coping* utilizadas por las mujeres con cáncer de mama deberán sufrir adaptaciones de acuerdo con las diferentes fases de la enfermedad, principalmente: diagnóstico, tratamiento y supervivencia (Osowiecki & Compas, 1999). No se puede afirmar, *a priori*, que un tipo determinado de respuesta al cáncer sea mejor o peor que otro, sin embargo, deberá tenerse en cuenta un conjunto de factores, principalmente: 1) la fase de la enfermedad y el grado de amenaza que ésta representa en un determinado momento; y 2) las características de la enferma (Rodríguez, 1999). Basándonos en esta idea, parece importante destacar que cada mujer, responde de forma diferente al cáncer, movilizandodiversas estrategias de *coping* con la finalidad de lidiar con las diferentes fases de la enfermedad, así como con sus desafíos específicos (Varela & Leal, 2007), configurando “*el proceso de adaptación física y psicológica*” al cáncer de mama (Lopes, 2004, p. 115).

3.3.1.1 Estrategias de Afrontamiento en la Fase de Tratamiento

La fase de diagnóstico, previa a la intervención quirúrgica, parece ser la más difícil de enfrentar. La cirugía representa un momento importante en la gestión del estrés implícito al diagnóstico de cáncer, por un lado, por permitir conocer el pronóstico de la enfermedad con mayor exactitud, por otro, por permitir delinear el plano de tratamiento más adecuado para la enfermedad (Rodríguez, 1999).

Un estudio realizado por Varela y Leal (2007), con el objetivo de determinar cuáles son las estrategias de *coping* más empleadas por las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento, permitió concluir que las estrategias más utilizadas fueron: el espíritu de lucha y la estrategia fatalismo; estrategias que permiten la adaptación a la enfermedad de forma completamente diferente. La estrategia *espíritu de lucha* se refiere a un patrón de respuestas que se caracteriza por una actitud optimista, en la que la enfermedad es encarada como un desafío; la enferma quiere participar en las decisiones subyacentes al tratamiento; existe la creencia de que hay algún control sobre la enfermedad, lo que ayuda a reducir la sensación de vulnerabilidad a los efectos maléficos de la enfermedad, por lo que se asocian a estrategias de *coping* más constructivas (*coping* enfocado a la resolución del problema), mejor calidad de vida y, por consiguiente, facilitando y pronosticando una adaptación más positiva a la enfermedad a lo largo del tiempo (Bishop, 1994; Stanton et al., 2002; Ribeiro, 2002; Filazoglu & Griva, 2008). La estrategia *fatalismo* hace referencia a la aceptación pasiva de la enfermedad y se clasifica como una estrategia de *coping* enfocada a la emoción.

Este estudio constató además que a las estrategias anteriormente citadas, siguió la utilización de las estrategias de *coping* *evitación cognitiva* y *preocupación ansiosa*. La primera lleva al rechazo y a la no aceptación del diagnóstico, mientras que la segunda se refiere a una respuesta eminentemente emocional, que se caracteriza por una

ansiedad persistente. Los resultados obtenidos por Varela y Leal (2007) indican además que la estrategia menos utilizada fue la de *desánimo/debilidad*, que se caracteriza por el pesimismo, así como por la ausencia de estrategias de combate activo.

Otra investigación llevada a cabo por Anagnostopoulos y cols. (2006) concluye que, en la fase de tratamiento, el *espíritu de lucha* y la *evitación cognitiva* son estrategias adaptativas y predictoras del bienestar psicosocial y de una buena percepción global de la calidad de vida, por el contrario, las estrategias de *coping desánimo/debilidad*, *preocupación ansiosa* y *fatalismo* son estrategias pasivas y poco adaptativas, asociándose a una mayor alteración psíquica y a una evaluación menos positiva de la calidad de vida.

Corroborando los resultados obtenidos en el estudio anterior, otras investigaciones han constatado que, en la fase de tratamiento, las mujeres con cáncer de mama que utilizan preferentemente el *espíritu de lucha* y la *evitación cognitiva* (en defensa de los posibles efectos negativos de los tratamientos), presentan mejor adaptación a la enfermedad que aquellas que utilizan la *preocupación ansiosa*, el *desánimo/debilidad*, y el *fatalismo* (significativamente asociado con una actitud de control emocional) (Carlsson & Hamrin, 1994; Classen et al., 1996; Sosa et al., 1999; Hack & Degner, 1999; Holland & Holahan, 2003; Ywamitsu et al., 2003).

Sin embargo, otras investigaciones muestran que la *evitación cognitiva* está asociada a una peor adaptación a la enfermedad, en esta fase del cáncer de mama (Carver et al., 1993; Zeidner & Saklofske, 1996; Watson et al., 1999; Hampton & Frombach, 2000; Vos et al., 2004). Un estudio realizado por Silva y cols. (2011) informa que aquellas que recurren a estrategias de *evitación* son más vulnerables a tener dificultades psicosociales durante el proceso de adaptación que las que se esfuerzan por adoptar estrategias de *coping* activas para lidiar con la enfermedad (Fawzy & Fawzy;

1994; Maes et al., 1996). Según este mismo estudio, lidiar con los desafíos resultantes del cáncer de mama a través de cogniciones y comportamientos que visen la negación del diagnóstico, o intentar reaccionar como si el mismo no fuese real, con la intención de disminuir así la ansiedad causada por el mismo, constituyen un importante factor de riesgo para la calidad de vida de las mujeres en las diversas fases de la enfermedad. Corroborando estos resultados, la literatura sugiere que la *evitación*, a pesar de que temporalmente proporcione algún alivio de las emociones negativas, puede impedir que los individuos tomen decisiones importantes a lo largo del proceso de tratamiento, lo que puede ser nocivo ante una enfermedad que amenaza a la propia vida (Carver et al., 1989; Carver et al., 1993; Zeidner & Saklofske, 1996).

Stumm y cols. (2009) concluyen que las estrategias utilizadas para enfrentarse al estrés inherente al tratamiento de cáncer de mama fueron: el soporte de la familia, la participación en grupos de apoyo y el apoyo de los profesionales del equipo de salud (*coping de soporte social* percibido). Las estrategias que la mujer utiliza para lidiar con el tratamiento del cáncer de mama y el efecto del soporte social que recibe pueden contribuir a la disminución del impacto psicosocial de este momento (Pennebaker & Harber, 1993; Vos et al., 2004; Schou et al., 2005; Baucom et. al., 2006) y, por esa razón, pueden también maximizar el proceso de adaptación a la enfermedad que continúa durante un largo período de tiempo tras la fase de tratamiento (Rodríguez, 1999).

La falta de las conclusiones de los estudios anteriormente citados, muestra que aunque las estrategias de *coping* tengan una perspectiva teórica como si estuviesen enfocadas al *control de las emociones* y a la *resolución del problema*, éstas no son mutuamente exclusivas (Moos, 1982; Lazarus, 2000; Varela & Leal, 2007; Moos & Holahan, 2007). Parece haber indicios de que, para enfrentarse a los desafíos resultantes

del tratamiento del cáncer de mama, las mujeres utilizan los dos estilos de *coping* simultáneamente, permitiéndole lidiar con los aspectos físicos del problema, estar alerta sobre la necesidad de buscar cuidados médicos, ayudándola a anticiparse a los estresores asociados a la enfermedad, a movilizar medios de resolución de los problemas asociados a esta, así como a lidiar con la angustia, el desasosiego y la impotencia, las pérdidas, el sentimiento de vulnerabilidad; permitiéndoles mantener el estrés a niveles tolerables, mantener la autoestima, conservar las relaciones con personas significativas y ampliar las perspectivas de recuperación de las funciones corporales (Rowland, 1989 cit. Varela & Leal, 2007; Varela, 2006; Kann, 1995 cit. Varela & Leal, 2007).

Aunque existen controversias en lo que concierne a la eficacia de la utilización de determinadas estrategias de *coping* en detrimento de otras, la mayoría de las investigaciones indica que las estrategias utilizadas en la fase de tratamiento son un importante indicador de bienestar emocional (Bliss et al., 1991 cit. Varela & Leal, 2007), de calidad de vida (Rowland & Massie, 1998; Watson & Greer, 1998; Culver et al., 2004) y, consecuentemente, influyen en la adaptación biopsicosocial de las mujeres a la enfermedad (Urcuyo et al., 2005; Heim et al., 1997; Manuel et al., 2007; Moos & Holahan, 2007; Filazoglu & Griva, 2008; Stumm et al., 2009; Danhauer et al., 2009), estando incluso asociadas a la supervivencia en esta población (Greer, 1991; Moreira et al., 2008; Silva et al., 2009a).

3.3.1.2. Estrategias de Afrontamiento en la fase de Supervivencia

A medida que más enfermas sobreviven a la fase aguda del cáncer de mama, se ha constatado un interés creciente por la comprensión del modo en que las mujeres lidian con los problemas inherentes a la fase de postratamiento y son capaces de

integrarlos en su vida (McCaul et al., 1999; Stanton et al., 2002; Kim et al., 2003; Novais da Silva, 2010; Silva et al., 2011).

La adaptación a la vida, tras la experiencia de cáncer, es un proceso psicosocial activo y complejo, en el cual los supervivientes se enfrentan a problemas psicosociales diversos, incluyendo hacer frente a múltiples amenazas y nuevas experiencias (Brennan, 2001; Franks & Roesch, 2006; Vachon, 2006; Pinto, 2007). Haber tenido un cáncer puede significar tener que descubrir nuevas perspectivas de futuro (Altschuler, 1997 cit. Pinto, 2007) y, en la fase de supervivencia, los modos de lidiar con la situación de enfermedad toman características especiales (Ribeiro et al., 2003).

Ya desde el inicio, la mujer con diagnóstico de cáncer de mama tiene que adoptar una o varias estrategias de *coping*, con las cuales se sienta cómoda, para lidiar con el impacto de las fases iniciales de la enfermedad, en una trayectoria que culmina en la fase de supervivencia y que refleja, sobretudo, la incertidumbre en cuanto al futuro (Mullan, 1985), principalmente, en lo que concierne a la recurrencia, a la gestión de síntomas físicos (dolor) y emocionales que permanecen (Wade et al., 2005), y a la existencia de problemas sociales relacionados con la enfermedad oncológica, especialmente dificultades en la relación de pareja, sentimientos de soledad y aislamiento y reducción de las actividades sociales y/o laborales (Rodríguez, 1999).

Las estrategias adaptativas y negativas que la mujer puede utilizar pronostican diferentes relaciones del paso del estado de “enferma” a “saludable” y “superviviente” (Watson & Greer, 1998). Efectivamente, el *afrontamiento del cáncer* en la fase de supervivencia impone a la persona una evaluación continua de la amenaza y/o de un potencial cambio, a lo largo de la vida (Zebrack, 2000).

Los resultados de diversas investigaciones muestran que, para minimizar los efectos negativos que la experiencia de cáncer provoca, a saber, físicos, psicológicos, emocionales, sociales y sexuales, las estrategias de *coping* activas muestran ser las que promueven una mejor adaptación en la fase de supervivencia (Lechner et al., 2006). Desarrollar una actitud positiva de *espíritu de lucha* y optimismo de cara al cáncer de mama a lo largo del tiempo, así como utilizar la expresión emocional, contribuye a niveles más bajos de ansiedad y depresión, y protege a la enferma de los efectos secundarios de los tratamientos a medio/largo plazo (Shapiro et al., 2001; Friedman, et al., 2006). Un estudio llevado a cabo por Boehmke y Dickerson (2006) concluyó que el espíritu de lucha es una actitud frecuente utilizada por las supervivientes, especialmente si se ha tenido contacto, en la familia o en su red social próxima (amigas, vecinas, compañeras de trabajo), con una experiencia similar, donde la enferma haya adquirido, también, el estatuto de superviviente.

En opinión de Jim y cols. (2006), la utilización de una estrategia de afrontamiento activa permite a las supervivientes integrar la experiencia del cáncer de mama, atribuirle un sentido, un significado y, por consiguiente, reducir el impacto negativo de este acontecimiento en sus vidas, disminuir el estrés, aumentar el bienestar y, de este modo, influir positivamente a la adaptación psicosocial de las mujeres supervivientes (Livneth, 2000; Stanton et al., 2002; Bishop & Warr, 2003).

Es importante señalar, que esa actitud positiva está generalmente asociada a un niveles menos grave dela enfermedad , a niveles bajos de depresión y de ansiedad, a una mejor imagen corporal, a la satisfacción con el apoyo social recibido y, finalmente, a una buena evaluación de la calidad de vida (Schnoll et al., 1998; Pikler & Winterowd, 2003; Schou et al., 2005).

Deimling y cols. (2006), investigaron las estrategias de *coping* utilizadas por las supervivientes de cáncer a largo plazo (entre 5 y 34 años), con una submuestra significativa de mujeres que habían tenido cáncer de mama, y concluyeron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron el *planear* y la *aceptación*, ambas estrategias activas. Según ellos, estos resultados no son sorprendentes, pues el planear es necesario para superar la experiencia de cáncer; y adaptarse a la vida después del cáncer sólo es posible después de la aceptación y de la reintegración de la experiencia de la enfermedad en las narrativas y en la historia de la vida de la mujer.

Un estudio realizado por Reynolds y cols. (2000), con 847 mujeres supervivientes de cáncer de mama contó que la *expresión de las emociones* puede tener un valor de pronóstico positivo, llevando a una mejor supervivencia. De acuerdo con este supuesto, las conclusiones de un estudio llevado a cabo por Stanton y cols. (2002) apunta a que la expresión emocional, así como el encontrar beneficios y aspectos positivos en la experiencia de la enfermedad, constituyen factores pronósticos de una mejor adaptación a la enfermedad. Resultados semejantes se habían encontrado en un estudio anterior, realizado por los mismos investigadores, en el año 2000, en el que el uso de estrategias de *coping* basadas en la *expresión emocional* tras el tratamiento del cáncer de mama se asociaba a una disminución del estrés, a un aumento del vigor, a una mejoría del estado de salud percibida y a una menor morbilidad psicológica.

Por el contrario, la utilización de la estrategia de *coping evitación cognitiva* se asocia, en la fase de supervivencia, a la incertidumbre en cuanto al estado de salud y a un peor pronóstico (Shapiro et al., 2001; Wade et al., 2005). El recurso desánimo/debilidad como estrategia de *coping* negativa, muchas veces está asociado a un elevado neuroticismo, y niveles de depresión elevados que se mantienen incluso después de terminados los tratamientos (Spencer et al., 1998; Schou et al., 2004; Schou

et al., 2005). A su vez, las mujeres que continúan recurriendo a la negación, tras el fin del tratamiento, están en mayor riesgo de desarrollar elevados niveles de ansiedad o incluso depresión; ya que la negación no les permite resolver favorablemente la experiencia, colocándola en la memoria del pasado y manteniendo las preocupaciones inherentes a este proceso a lo largo de la vida (Deimling et al., 2006). De modo semejante, el uso de la estrategia de *coping* basada en el *fatalismo*, en la fase de supervivencia, parece comprometer la adaptación a la enfermedad, dado que prevé una actitud de aceptación pasiva, de resignación, no percibiendo ningún control sobre la enfermedad (Greer et al., 1989).

En lo que concierne a los estudios realizados sobre los procesos de *coping* y los resultados en términos de supervivencia, estos son polémicos, existiendo algunos en los que se reportan asociaciones positivas entre algunas estrategias de *coping* y la supervivencia (Greer et al., 1979 cit. Ribeiro et al., 2003; Reynolds et al., 2000), y otros que apuntan a asociaciones negativas (Petticrew et al., 2002).

Petticrew y cols. (2002) concluyen que hay poca consistencia en la evidencia de que el *coping* tenga un papel de en la supervivencia del cáncer. Para Brown y cols. (2003) la presencia de sintomatología depresiva está asociada a un menor tiempo e supervivencia y que, al revés, una actitud optimista, acompañada de espíritu de lucha, así como la reestructuración cognitiva son respuestas cognitivas son respuestas positivas que influyen en la disminución del estrés y, probablemente, en la supervivencia (Carver et al., 2005; Manuel et al., 2007). Las mujeres que reaccionaron al diagnóstico de la enfermedad con espíritu de lucha, presentaban mayores probabilidades de estar más tiempo libres de recurrencia y vivir más. En este sentido, la mayoría de los estudios anteriormente citados subrayan la posibilidad de que la modificación de determinados estilos de *coping* sea capaz de, no sólo prolongar la supervivencia, sino también de

mejorar la calidad de vida tras el cáncer de mama (Ferrero et al., 1994; Kogon et al., 1997 cit. Pérez-Villamil, 1999).

3.3.1.3. Resiliencia Psicológica: Una manera de hacer frente al Cáncer de Mama

“En razón de su autotranscendencia, el hombre es una esencia en busca de sentido”.

V. Frankl (1977)

Originario de las ciencias físicas, la utilización del concepto de resiliencia en el campo de las ciencias de la salud data de la década de los 70, con estudios sobre personas que, a pesar de haber sido sometidas a traumas agudos o prolongados (factores considerados de riesgo para el desarrollo de enfermedades psíquicas) no enfermaban como sería lo esperado (Souza & Cervený, 2006). En las Ciencias Humanas, la resiliencia es actualmente entendida como un constructo insertado en las prioridades de la investigación de la Psicología Positiva, siendo definida como una característica intrínseca de los individuos, reportándose a la capacidad humana para enfrentar, vencer y ser fortalecido y/o transformado por experiencias de adversidad. Este concepto se refiere a la capacidad de adaptación o a la facilidad de recuperación que permite que el individuo mantenga el equilibrio y continúe su desarrollo saludable a pesar de las adversidades (Cyrulnik, 2001; Yunes, 2011).

De este modo, el concepto de resiliencia engloba, por un lado, la noción de adversidad, de riesgo, de estrés y, por otro, la competencia, la adaptación exitosa y el funcionamiento positivo (Egeland et al., 1993). De este modo, subyacente al concepto de resiliencia, se implican eventos adversos y, simultáneamente, factores de protección internos y externos al individuo que, interviniendo en la presencia de factores de riesgo, llevan a que este produzca resultados tan buenos o incluso mejores que aquellos que

serían producidos en la ausencia de experiencias desagradables (Cowam et al., 1996 cit. Couto, 2005).

Sin embargo, parece importante destacar que la resiliencia no es sinónimo de invulnerabilidad de los individuos al sufrimiento, sino de su capacidad de alcanzar resultados positivos incluso de cara a situaciones de la vida adversas (Clarke & Clarke, 2003). Rutter, en el año 1999, define la resiliencia como un *“fenómeno en el que se supera el estrés y las adversidades”* (p. 119), no concibiéndola como un trazo o característica individual, sino como un conjunto de procesos intrapsíquicos y sociales que tienen lugar en un período dado, junto a ciertas combinaciones benéficas de atributos de la persona, de su familia y de su ambiente social y cultural (Weihs et al., 1999; Die Trill, 2003). También Ralha-Simões (2001 cit. Pinheiro, 2004) considera que el constructo resiliencia no es un escudo protector que algunos individuos poseen, sino la posibilidad de flexibilidad interna que les permite reaccionar con éxito, adaptándose ante las adversidades. Otra definición de resiliencia alega que se trata de la capacidad de resistir a la adversidad y utilizarla como factor de crecimiento, permitiendo una reconstrucción personal (Yunes, 2003; Torres & García, 2006). En este sentido, ser resiliente es reaccionar en el presente, motivado por un proyecto de vida y no por las pérdidas y daños resultantes de las circunstancias y de los acontecimientos del pasado. Hay personas que, de cara a las adversidades, se muestran capaces de aprovecharlas para su crecimiento personal, emocional, social y espiritual.

De acuerdo con Jacelon (1997), algunos factores personales son identificados como características de personas resilientes, tales como: la capacidad de reflexión; el C.I. elevado; la percepción de su propio valor; la sensibilidad; la capacidad de comprensión; el sentido del humor; la perseverancia; la autoconfianza; el altruismo; el optimismo; la aptitud para confiar en sus capacidades de resolución de problemas; la

perspicacia; la buena competencia de adaptación relacional y de empatía y de apoyarse en los que lo rodean; la capacidad de hacer previsiones y planear su vida; entre otros (Lauver & Tak, 1995; Ruter, 1996 cit. Anaut, 2005; Cyrulnik, 2003; Anaut, 2005; Urcuyo et al., 2005; Coimbra, 2008; Shepherd et al., 2010). Con todo, parece importante señalar que la totalidad de estas características no es garantía de un funcionamiento resiliente, a pesar de que los factores personales anteriormente citados se encuentren en muchas de los sujetos así llamados resilientes (Shepherd et al., 2010).

Según Pinheiro (2004), la resiliencia no se restringe a factores personales, sino que al contrario, se considera un proceso que se va desarrollando a lo largo de la vida, a partir de la comprensión de la interacción del individuo con su ambiente, a partir del binomio factores de protección/factores de riesgo.

En relación a los *factores de protección*, estos actúan como factores compensatorios, mejorando, atenuando o reduciendo la reacción al riesgo (Machado, 2010). Estos factores se corresponden con las “*influencias que modifican, mejoran o alteran respuestas individuales a determinados riesgos de adaptación*” (Poletto & Koller, 2011, p. 31), funcionando como elementos que promueven el retorno a una situación de equilibrio. Estos factores están directamente relacionados con las *características del propio individuo*, con sus *condiciones familiares* (calidad de las interacciones, estabilidad y cohesión familiar) y con las *redes de apoyo del medio* (factores socioambientales, apoyo social ofrecido por la comunidad, afectividad garantizada por la familia y por los amigos) (Eckenrode & Gore, 1996 cit. Poletto & Koller, 2011; Yunes, 2003; Urcuyo et al., 2005; Anaut, 2005; Coimbra, 2008). Estos factores son susceptibles de influir en la resiliencia, en el sentido de que modifican la reacción a la situación, al disminuir el efecto del riesgo y las reacciones negativas en cadena. A su vez, los *factores de riesgo* están relacionados con los eventos de vida que,

cuando están presentes, aumentan la probabilidad de que el individuo sufra problemas físicos, psicológicos, sociales, emocionales y espirituales (Torres & García, 2006; Poletto & Koller, 2011), potenciando la situación adversa a la que el individuo se enfrenta (Anaut, 2005; Hauser & Allen, 2006).

Sin embargo, estudios recientes destacan la importancia de la interpretación dada por el individuo a las adversidades, siendo más significativa que los factores de riesgo propiamente dichos (Pinheiro, 2004). En base a esta idea, la resiliencia no puede ser vista como un atributo fijo de lo mismo, ya que cuando las circunstancias cambian, la resiliencia también se altera, en función del significado que él atribuye al acontecimiento adverso (Rutter, 1987).

En los últimos años, varios autores han afirmado la pertinencia del concepto de resiliencia en la prevención y promoción de la salud mental y, por ese motivo, hoy en día, los estudios sobre ese término proliferan en diversos dominios científicos, principalmente en la psiquiatría, la psicología, y en la psicooncología, presentándose como un concepto transversal a diversas áreas de estudio (Clarke & Clarke, 2003; Arnaut, 2005; Rodrigues, 2008; Lasmar & Ronzani, 2009; Machado, 2010; Yunes, 2011). Al mismo tiempo, ha aumentado el interés por el estudio de la resiliencia psicológica en la adaptación a la enfermedad oncológica, como manera de promover el bienestar y minimizar el riesgo y las dificultades de adaptación a la enfermedad (Aspinwall & MacNamara, 2005; Coughlin, 2008).

Según Junqueira y Deslandes (2003) la resiliencia funciona como un modo de elaboración simbólica del sufrimiento humano. Al considerar a un enfermo oncológico como un ser actuante frente a la adversidad que la enfermedad le presenta, cuanto más resiliente a las condiciones desfavorables y estresantes esté, más activamente desarrollará estrategias benéficas para enfrentar la adversidad y continuar su proceso de

desarrollo, confiando en que los obstáculos podrán ser superados (Werner, 1993; Zimmermann & Arunkumar, 1994; Weihs et al., 1999; Poletto et al., 2004; Poletto & Koller, 2011).

En este sentido, en la literatura la resiliencia está relacionada con el *coping*, y vista en el contextos de la salud como una importante forma de enfrentarse a la enfermedad oncológica. El *coping* puede ser descrito como una respuesta “*moderadora de los efectos negativos del stress, integrando los procesos de resiliencia del individuo*” (Santos & Dell’Aglío, 2006, p. 215 cit. Machado, 2010). Leipold e Greve (2009) consideran que, tradicionalmente, la resiliencia es una forma importante de *coping*. A través de una actitud resiliente, el individuo recupera o evita los resultados negativos de condiciones penosas que resultan, en gran medida, del proceso de afrontamiento influido por las condiciones personales y situaciones subyacentes al desarrollo de cada individuo.

En cuanto a la relación entre *coping* y resiliencia, Boyle y cols. (1991 cit. Lambert & Lambert, 1999) concluyeron que la resiliencia estaría negativamente asociada con el uso de estrategias de *coping* centradas en las emociones y positivamente con el soporte social. Varios estudios señalan además que un estilo activo de afrontamiento, como la respuesta de búsqueda de información o espíritu de lucha, favorece la búsqueda de significado ante el diagnóstico del cáncer (Lechner & Antoni, 2004; Bellizzi & Blank, 2006; Costa & Gil, 2008; Karanci & Erkam, 2007; Ramos & Lustosa, 2009). También William y cols. (1991 cit. Lambert & Lambert, 1999), constataron que como respuesta al estrés, los individuos con elevada resiliencia tienden a involucrarse más con comportamientos de *coping* adaptativos, mientras que los que poseen baja resiliencia tenderían a utilizar estrategias de *coping* desadaptativas.

Weiss (2004) realizó un estudio que reveló que la mayoría de las supervivientes de cáncer de mama relataron beneficios, una adaptación positiva a la enfermedad e, incluso, un crecimiento postraumático, en la secuencia de la lucha contra el cáncer de mama (Cordova et al., 2001; Bellizzi & Blank, 2006; Vázquez & Castilla, 2007; Karanci & Erkam, 2007; Mols et al., 2009; Sadler-Gerhardt et al., 2010; Boot et al., 2010; Rodríguez et al., 2011). Varios estudios, muestran que las mujeres que tenían un mayor apoyo social, por parte de sus maridos, evidenciaban niveles superiores de crecimiento postraumático (Sears et al., 2003; Weiss, 2004; Linley & Joseph, 2004; Manne et al., 2004; Karanci & Erkam, 2007; Vázquez & Castilla, 2007). De este modo, la resiliencia puede ser vista como la capacidad de enfrentarse a las adversidades y el apoyo social como un importante factor de protección.

Ramos y Lustosa (2009) abogan que la red de apoyo social y, sobretudo, la satisfacción con el apoyo social recibido, junto con la utilización de estrategias de *coping* enfocadas a la resolución de problemas, consustanciadas en una actitud activa de cara a la enfermedad, en la búsqueda de información y autocuidado, así como la presencia de pensamientos positivos y religiosos, constituyen formas de mantener el autocontrol ante la situación, constituyéndose como factores protectores y recuperadores de la salud de la mujer con cáncer de mama.

Según Ribeiro (2005), las mujeres que evidencian una actitud resiliente ante la enfermedad, pasan por tres fases a lo largo del proceso de adaptación al cáncer de mama: 1º) buscan un *sentido*, en el que intentan comprender el porqué de tener un cáncer; 2º) intentan sentir algún *dominio*, creyendo que pueden controlar la enfermedad y las posibles recaídas; y, finalmente, 3º) inician un proceso de *valorización personal*, principalmente a través de la mejoría del autoestima (Ogden, 2004). En esta última fase, la superviviente integra su experiencia de cáncer en una trayectoria congruente de vida

y encuentra un nuevo equilibrio, en el cual se consolidan ganancias y pérdidas, creando un nuevo sentido y significado para la vida (Weihs et al., 1999; Pinto, 2007; Cardoso et al., 2010 Documet et al., 2012), culminando en una fase de integración y crecimiento personal (Tower, 2000 cit. Pinto, 2007).

Una investigación llevada a cabo por Sears y cols. (2003), mostró que entre el 50 y 80% de las mujeres relataron, por lo menos, un cambio de vida positivo después de la experiencia de cáncer de mama. A título de ejemplo, varios estudios mencionan beneficios relatados por las supervivientes, principalmente: 1) mejoría en el bienestar general; 2) mayor valorización de la vida; 3) fortalecimiento de las relaciones con la familia y amigos; 4) percepción de una modificación positiva de la personalidad, en términos de mayor paciencia, tolerancia, empatía, coraje y mejoría en el humor; 5) cambio significativo en las prioridades y en los objetivos personales en relación a la vida; y, 6) implementación de prácticas y de un estilo de vida más saludables (Taylor & Armor, 1996; Tenen & Affleck, 1999 cit. Serra, 1999; Cordova et al., 2001; Helgeson et al., 2006; Bellizzi & Blank, 2006; Cordova et al., 2007; Andrykowski et al., 2008). Según Documet y cols. (2012), encontrar beneficios en situaciones de adversidad constituye un predictor de un mejor bienestar psicológico y de una mejor adaptación a la enfermedad (Folkman et al., 1997 cit. Serra, 1999).

Aunque la experiencia de tener un cáncer de mama sea, indudablemente, una experiencia adversa, no implica necesariamente un recorrido emocionalmente desajustado (Ganz et al., 1996). Efectivamente, gran parte de los estudios realizados sobre la adaptación al cáncer de la mama han mostrado que la mayoría de las mujeres es resiliente, consiguiendo adaptarse bien al diagnóstico y a las exigencias físicas, psicológicas, emocionales y sociales, asociadas al tratamiento y a la fase de supervivencia de la enfermedad (Ganz et al., 1996; Helgeson et al., 2004; Hewitt et al.,

2004 cit. Moreira et al., 2009; Bloom et al., 2007; Patrão, 2007; Moreira et al., 2008; Documet et al., 2012).

Para Cardoso y cols. (2010), la resiliencia individual es un factor que permite al individuo mantener la dignidad y calidad de vida, incluso en situaciones altamente adversas e inmodificables, (Carver & Antoni, 2004). La actitud resiliente permite que el ser humano sea capaz de generar una respuesta de crecimiento o maduración personal, que no niega la vivencia del sufrimiento, o las adversidades que siguen al diagnóstico, sino que lo intenta integrar dando un significado y sentido a su aparición (Costa & Gil, 2008), favoreciendo la adaptación a las situaciones desafiantes y estresantes, por medio de una confrontación activa y de la búsqueda de respuestas positivas que puedan reconducir al individuo a un estado de equilibrio biopsicosocial y espiritual (Stanton et al., 2006; Helgeson & Lopez, 2010).

3.3.2. Estrategias de Afrontamiento y Adaptación Psicosocial al Cáncer de Mama

A lo largo de los últimos años, varias investigaciones han concluido que las estrategias utilizadas tienen una relación directa y, por consiguiente, predicen la adaptación psicosocial al cáncer, constituyéndose como uno de los principales factores personales responsables de ese proceso (Schnoll et al., 1998 cit. Ribeiro et al., 2003; Maes et al., 1996; Vos et al., 2004; Gianini, 2007; Silva, 2010). De este modo, las estrategias de *coping* utilizadas por los enfermos oncológicos predicen mejores o peores resultados en el proceso de adaptación psicosocial al cáncer (Ribeiro et al., 2003), proceso mediado cognitivamente y verificado en términos del comportamiento, de la cognición y de las respuestas emocionales que los individuos presentan en el transcurso de la enfermedad (Patrão & Leal, 2004).

Sin embargo, es importante destacar que la determinación del *coping* adaptativo con la enfermedad oncológica es un proceso complejo y marcadamente individual (Nail, 2001) y, aunque existan estudios que muestran diferentes clasificaciones de las estrategias, el punto en común es la existencia de estrategias más positivas y adaptativas, que favorecen la adaptación psicosocial, en comparación con otras, que son más negativas y desadaptativas y anulan esa posibilidad (Watson & Greer, 1998).

Weisman y Worden (1977) y Rowland (1989 cit. Varela & Leal, 2007) destacan que las estrategias de *coping* más eficaces son las que reflejan la aceptación del cáncer, seguidas de estrategias que responden a las problemáticas relacionadas con la enfermedad y sus consecuencias de forma realista, verificándose que las respuestas de *coping* orientadas hacia la resolución activa del problema son, generalmente, más eficaces (Watson & Greer, 1998; Danhauer et al., 2009) que las estrategias de *coping* enfocadas hacia la emoción, que están asociadas a una peor adaptación psicológica (Maes et al., 1996; Watson & Greer, 1998; Hampton & Frombach, 2000).

Varias investigaciones demuestran que un estilo de *coping* activo está relacionado con la adaptación psicosocial (Fawzy et al., 1990; Felton & Revenson, 1984; Greer, 1994; Heim, Valach & Schaffner, 1997; Lavery & Clarke, 1996), asociándose a un grado más elevado de bienestar y a la capacidad para lidiar con el estrés resultante de la enfermedad (Southwick et al., 2005). Así, el *coping* activo basado en acciones que intentan resolver, alterar o lidiar con el origen del problema está asociado a una autoestima elevada, mejor bienestar, mayor satisfacción con la vida, mejor calidad de vida relacionada con la salud, mejor adhesión a las indicaciones terapéuticas y, por consiguiente, promueven un adecuado período de recuperación debido a la mayor implicación de los enfermos en su tratamiento, llevándolos a una recuperación más eficaz, funcionando las estrategias de *coping* como mediadoras del

proceso de tratamiento. Son ejemplos de acciones de coping activo la búsqueda de información y de apoyo social, el espíritu de lucha, así como el empleo de estrategias basadas en pensamientos y mecanismos mentales adaptativos de cara a la enfermedad, principalmente: 1) la aceptación de la gravedad de la enfermedad; 2) la búsqueda de medios para lidiar con la misma; y, 3) el enfoque en aspectos positivos (Fawzy & Fawzy, 1994; Stanton et al., 2002; Kim et al., 2003; Ransom et al., 2005; Maia & Correia, 2008). De este modo, el uso de formas adaptativas de *coping* pronostican una mejor adaptación psicosocial a la enfermedad, dado que pacientes con estrategias *coping* adaptativas aceptan mejor la enfermedad y se sienten capaces de buscar apoyo social y emocional, así como de esforzarse para mantener el autocontrol sobre la enfermedad (Watson et al., 1990; Dunkel-Schetter et al., 1992; Endler et al., 1993; Maes et al., 1996; Classen et al., 1996; Watson & Greer, 1998; Rowland & Massie, 1998; Greer, 1999; Scharloo et al., 1998; Soares et al., 2000; Abset et al., 2002; Santos, 2003; Culver et al., 2004; Alegrance et al., 2010).

Contrariamente, la utilización de un *coping* pasivo se traduce en la tendencia a ignorar, negar o minimizar el significado de la enfermedad; en el rechazo en buscar y/o aceptar el apoyo disponible por la red social; así como en el desinvertimiento cognitivo y comportamental en acciones que atenúen el problema. Este *coping* pasivo refleja emociones negativas, tales como la resignación, la culpa, la agresividad y la desesperanza, que, a su vez, conducen habitualmente a dificultades en el proceso de adaptación a la enfermedad, a nivel físico, psicológico y emocional (Maes et al., 1996; Edgar et al., 1997; Watson & Greer, 1998; Rowland & Massie, 1998; Burton & Watson, 1998 cit. Tupholme, 2008; McCaul et al., 1999; Scharloo et al., 1999; Soares et al., 2000; Stanton et al., 2002; Culver et al., 2004; Ransom et al., 2005).

Sin embargo, este proceso no es lineal, Harrison y Maguire (1994) comprobaron, que, aunque las estrategias de *coping* activas están generalmente asociadas a una mejor adaptación psicosocial del enfermo oncológico, parece que no se ocurre lo mismo en la fase aguda de la enfermedad. En esta fase, las estrategias de *coping* activas pueden derivar en una peor adaptación (Maes et al, 1996), lo contrario de lo que sucede si recurre a estrategias de evitación (Harrison & Maguire, 1994; McCaul et al., 1999). Por ejemplo, este tipo de *coping* puede revelarse útil tras el diagnóstico del cáncer de mama, en un momento en que las estrategias activas puedan ser demasiado duras para el enfermo y, por tanto, más perjudiciales para la adaptación (Harrison & Maguire, 1994); así, la utilización de la evitación, durante el tratamiento activo de la enfermedad, puede ser una estrategia razonable y benéfica para lidiar con los efectos secundarios del tratamiento (Glanz & Lerman, 1992 cit. McCaul et al., 1999; Sosa, Capafóns, & Carbalheira, 1999). Greer (1991 cit. McCaul et al., 1999) sugiere además que el pensamiento evitativo, tras el tratamiento, también puede facilitar el afrontamiento. El mismo autor refiere la negación fue asociada a una buena adaptación, 15 años después del diagnóstico. También Lazarus y Folkman (1984) y Weihs y cols. (1999) consideran que la negación puede incluso conducir a resultados favorables y adaptativos, cuando esta se dirige a elementos concretos de la situación y no a la enfermedad como un todo y, siempre y cuando no se mantenga a largo plazo. Merluzzi y Sánchez (1997) constataron también que la negación permite que la persona escape de sentimientos de rabia y depresión, permitiendo una descarga catártica que sería benéfica en la fase de diagnóstico de la enfermedad y originaría una sensación de alivio. Sin embargo, algunos investigadores señalan que, cuando se mantiene en el tiempo, la negación es indicadora de un mal pronóstico, pudiendo, en última instancia, condicionar el tratamiento por implicar falta de cooperación de la paciente en los tratamientos médicos e impedir el

proceso de toma de decisiones, debido a la subestimación de la gravedad del proceso (Weisman, 1984 cit. Llorca Ramón et al., 1999; Carver et al., 1993 cit. McCaul et al., 1999; Stanton & Snider, 1993 cit. McCaul et al., 1999).

Con respecto a la adaptación psicosocial de las mujeres con cáncer de mama, las estrategias de *coping* utilizadas van cambiando a lo largo del tiempo, dado que las pacientes las adoptan en función de los problemas y/o de las amenazas que les deparan cada momento. Las estrategias de *coping* utilizadas buscan disminuir los efectos negativos del cáncer de mama sobre el bienestar global, permitiendo que la mujer alcance un nuevo equilibrio y la adaptación psicosocial (Carver et. al, 1993; Heim et al., 1997; McCaul et al., 1999; Osowiecki & Compas, 1999; Vos et al., 2004; Danhauer et al., 2009). De este modo, la adaptación psicológica al cáncer de mama deberá ser entendida como un *“proceso dinámico, que implica la utilización de estrategias que permiten a la mujer lidiar con el desgaste emocional y la percepción de falta de control sobre la situación, lo que le posibilita recurrir a estrategias que buscan la resolución del problema”* (Varela & Leal, 2007, p. 486).

Sin embargo, un estudio llevado a cabo por Epping-Jordan y cols. (1999), concluye que las mujeres con una peor adaptación emocional, antes del diagnóstico y al final del tratamiento, tienden a utilizar el mismo tipo de estrategias, estrategias centradas en la evitación emocional, para lidiar con la enfermedad en fases posteriores a la misma, no consiguiendo adaptarlas en función de los desafíos inherentes a las diferentes fases, comprometiendo, así, su proceso de adaptación psicosocial.

A modo de síntesis, y partiendo del supuesto de que la adaptación a la enfermedad oncológica y, naturalmente, al cáncer de mama, es multidimensional y compleja, las enfermas que antes responden a los cambios que les son impuestos, utilizando para ello, estrategias más adecuadas ante las circunstancias, lidian mejor con

la situación (Zeidner & Saklofske, 1996; Danhauer et al., 2009), mantienen elevadas expectativas en cuanto a los resultados de sus acciones, sienten que tienen control sobre la enfermedad, presentan una mejor calidad de vida (Ogden, 1999) y, consecuentemente, presentan una mejor adaptación psicosocial (Watson & Greer, 1998; Deimling et al., 2006; Towsley et al., 2007).

3.4. Apoyo Social y Cáncer de Mama

3.4.1. Concepto de Apoyo Social

Una breve revisión de la literatura sobre el concepto del apoyo social muestra que las investigaciones realizadas, en este ámbito, se refieren tanto a aspectos *objetivos* del apoyo social, tales como la existencia o no de familiares próximos, al número de elementos del agregado familiar, al número de amigos, a la frecuencia de contactos sociales y a la existencia o no de redes sociales de apoyo; como a aspectos *subjetivos*, como la percepción que el individuo tiene de la adecuación y de la satisfacción por la dimensión social de su vida (Nunes, 1999), esta es una percepción que depende de la representación y los significados personales que cada sujeto, como ser idiosincrático, atribuye al apoyo social recibido.

De acuerdo con Sarason y cols. (1983 cit. Ribeiro, 1999, p. 547), el apoyo social se define como la *“existencia o la disponibilidad de personas en quien poder confiar, personas que nos muestran que se preocupan por nosotros, nos valoran y nos quieren”*. Para Serra (1999) hace referencia a la cantidad y a la cohesión de las relaciones sociales que rodean a una persona, a la fuerza de los lazos establecidos, a la frecuencia de contacto y al modo en que se percibe que existe un sistema de apoyo que puede ser útil y prestar cuidados cuando es necesario. Según la opinión de Bloom (2000), el apoyo social puede ser considerado como la percepción que lleva el individuo a creer que es querido, amado, estimado, valorado, refiriéndose a diferentes grados de necesidades de afecto, aprobación, pertenencia y seguridad de un grupo de personas significativas. Blanco y cols. (2002, p. 625), afirman que el apoyo social consiste en la *“ejecución de una serie de actividades que, en cuanto a su motivación y valoración, se basan en las apreciaciones, creencias, ideas y expectativas tanto de quien lo presta como de aquel que lo recibe”*.

Así, el apoyo social debe de ser visto como un término multidimensional, un proceso dinámico y complejo que incluye transacciones entre individuos y sus redes sociales, en el sentido de satisfacer las necesidades sociales de cada individuo, promoviendo y completando sus recursos personales, teniendo como intención enfrentar exigencias y alcanzar determinados objetivos (Serra, 1999; Santos, 2003; Gomes, 2010).

La conceptualización del apoyo social se ha centrado en las diferentes *fuentes de apoyo social* (familia, amigos, equipo médico, asociaciones, grupos de apoyo, grupos de autoayuda) y en los diversos *tipos de apoyo social* que aumentan, en sus destinatarios, la autoestima o proveen ayuda relacionada con el estrés interpersonal (Dumont & Provost, 1999 cit. Kim et al., 2010; Patrão & Leal, 2004; Tanis, 2007). Las fuentes de apoyo social recibido pueden variar y además, también coexistir diversas fuentes de apoyo social, no interesando tanto la cantidad, sino la calidad del apoyo social percibido como realmente satisfactorio (Helgeson & López, 2010). En relación a los tipos de apoyo social, estos pueden ser de dos ámbitos: estructural o funcional. El *apoyo funcional* se refiere a la red de soporte social del individuo en aspectos como el número de relaciones o roles sociales, la frecuencia de contacto entre los miembros de la red y el grado de aislamiento social y/o integración en relación a la red social. A su vez, el *apoyo funcional* son las percepciones individuales en cuanto a la calidad o a las funciones desempeñadas por la red de apoyo social, pudiendo incluir el apoyo emocional, informacional e instrumental (Tanis, 2007; Silva, 2010).

Según House (1981 cit. Helgeson & Cohen, 1996) y Thoits (1986 cit. Arora et al., 2007), el constructo apoyo social normalmente incluye tres dimensiones, que reflejan los tres tipos de interacciones sociales de apoyo, o sea, las tres diferentes tipologías de recursos psicológicos y materiales, destinadas a mejorar las capacidades de

las personas a adaptarse al estrés resultante de situaciones significativas de la vida: el apoyo *emocional*, *informacional* e *instrumental*, pudiendo estas diferentes interacciones influir significativamente en las reacciones de los individuos a esos eventos (Cohen, 2004; Tanis, 2007).

El *apoyo emocional* traduce los sentimientos de apoyo y de seguridad que un individuo puede recibir. El sujeto percibe, en un nivel relacionado tanto con la comunicación verbal como con la no-verbal, que el otro se preocupa y cuida de sus necesidades emocionales; este tipo de apoyo puede comprender una presencia atenta, la escucha empática y comprensiva, el poder hablar y ser oído en sus preocupaciones, permitiendo la expresión de sentimientos que pueden reducir el sufrimiento y la angustia, la validación de sus sentimientos, permitiendo incluso una mejora en las relaciones interpersonales establecidas entre los intervinientes (Helgeson & Cohen, 1996; Serra, 1999; Pérez-Villamil, 1999; Arora et al., 2007; Tanis, 2007; Silva, 2010; Helgeson & Lopez, 2010). El *apoyo informacional* implica que el sujeto reciba información importante para orientar una determinada situación (Helgeson & Cohen, 1996; Serra, 1999; Tanis, 2007; Helgeson & Lopez, 2010). En relación al *apoyo instrumental*, comprende el abastecimiento de ayuda concreta, con bienes materiales o tareas, como el apoyo económico, ayuda al transporte, a las tareas domésticas... (Helgeson & Cohen, 1996; Serra, 1999; Tanis, 2007; Silva, 2010; Helgeson & Lopez, 2010).

Dunst e Trivette (1990 cit. Ribeiro, 1999), consideran el apoyo social como un concepto multidimensional y sugieren la existencia de cinco *componentes de apoyo social*, que se encuentran interrelacionados y se revelan de extrema importancia para el bienestar del individuo. Las componentes identificadas son: 1) el *componente constitucional* (incluye las necesidades del individuo y la congruencia entre éstas y el

apoyo social); 2) el *componente relacional* (se refiere al estatuto familiar, tamaño de la red social, existencia de relaciones sociales, la pertenencia a grupos sociales); 3) el *componente funcional* (comprende el apoyo disponible, la necesidad de soporte, el tipo de soporte, la calidad y la cantidad del soporte disponible); 4) el *componente estructural* (implica la proximidad sentida para con los miembros que ponen a disposición su apoyo social, la frecuencia de contactos, la proximidad psicológica, el nivel de la relación, la reciprocidad del soporte social recibido y proporcionado y su consistencia); y, finalmente, 5) el *componente satisfacción* (comprende la utilidad y el nivel de ayuda sentidos por el individuo ante el soporte social (Sarason et al., 1990; Pierce et al., 1996; Tanis, 2007).

Dada la multidimensionalidad del constructo, se hace necesario distinguirlo de conceptos más precisos y delimitados (Sarason et al., 1990). Así, a continuación se diferencian los conceptos de *red social de apoyo*, *soporte social recibido* y *soporte social percibido*.

La *red de apoyo social* de un individuo engloba a las personas con las que el individuo establece relaciones sociales directas o aquellas a través de las cuales éste obtiene apoyo (Pierce, Sarason & Sarason, 1996). Usualmente, un individuo pertenece a una determinada red social que comienza a ser construida por su familia y se amplía a los amigos, compañeros de trabajo y conocidos. Estudios realizados en ésta área revelan que las personas que pertenecen o tienen la percepción de pertenecer a una red social fuerte, que les proporciona auxilio cuando atraviesan necesidades o viven acontecimientos traumáticos, sienten de forma menos intensa las situaciones de estrés. Los familiares son quienes pueden prestar un apoyo social más inmediato en momentos de crisis, aunque una buena red de amigos o conocidos, aunque sea limitada, si tiene

cohesión y está disponible, puede ser de gran ayuda en la resolución de una dificultad (Hobfoll & Vaux, 1993 cit. Serra, 1999; Serra, 1999).

El *soporte social recibido* hace referencia al apoyo que un individuo recibe de los demás, cuando se enfrenta a una situación inductora de estrés (Sarason et al., 1990; Helgeson & Lopez, 2010). Cabe destacar que la percepción que el sujeto tiene del apoyo que recibe (apoyo social recibido) es un constructo independiente de la percepción que tiene del soporte que pueda tener disponible si precisa del mismo (apoyo social percibido) (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; Sarason et al., 1990; Reynolds & Perrin, 2004; Helgeson & Lopez, 2010). Dunkel-Schetter y Bennett (1990) señalan diversas situaciones donde se observan discrepancias entre ambos; en primer lugar, en períodos de necesidad, el individuo puede recibir más o menos apoyos que aquellos que consideraba tener disponible. Además, los niveles iniciales de apoyo recibido pueden ir también al encuentro de las expectativas, aunque puede descender a lo largo del tiempo. Finalmente, el sujeto puede creer que las relaciones que posee le proporcionarán un apoyo eficaz y cuando es recibido, sentirse desilusionado porque no corresponde a sus expectativas. Constatadas estas situaciones de discrepancias, Dunkel-Schetter e Bennett (1990), exponen algunos factores que podrían estar en el origen y que ayudan a explicar tal fenómeno: 1) las características individuales del sujeto (tales como, propensión para solicitar ayuda, su autoestima) y del prestador del apoyo (tales como, la sensibilidad y la competencia a nivel interpersonal); 2) el estrés que el individuo vive y el modo en que se enfrenta al mismo; 3) el grado en el cual un estresor desencadena reacciones emocionales, no sólo en el individuo afectado, sino también en el potencial prestador de apoyo; y, finalmente, 4) las características de la red social de apoyo. Todos los aspectos anteriormente citados deberán ser tenidos en consideración cuando se analizan los factores que pueden influir en las discrepancias entre el soporte social percibido y el

recibido. En base a esta idea, varios estudios demuestran que cuanto más se aproxime el apoyo a la necesidad real percibida por el individuo y a la forma en que este desea que se realice, mayores serán sus efectos.

El *soporte social percibido* hace referencia a la percepción subjetiva que el individuo tiene del apoyo que le prestan las personas significativas de su red social (Llorca et al., 1999). Él considera que los otros lo valoran, cuidan de él y desean ayudarlo, en caso de necesidad (Sarason et al., 1987; Gomes, 2008; Helgeson & Lopez, 2010). Según Cutrona (1996 cit. Serra, 1999), esta percepción de apoyo social tiene una relación positiva con la sensación de bienestar del individuo; sin embargo, el significado que el receptor otorga al auxilio recibido puede llevar a considerarlo como existente o nulo, suficiente o insuficiente, de buena o mala calidad, oportuno o tardío (Serra, 1999). Aunque alguien haya recibido apoyo social puede mencionar que “*no era lo que a mí me hacía falta*”, que “*no ha resuelto sus problemas*” o que “*habría sido útil si me hubiera apoyado hace ya tiempo*”. Cabe destacar que, el *soporte social percibido* está influido por factores relacionados con la personalidad del sujeto, con su autoestima y con la percepción de control que tiene sobre el ambiente, así como por sus experiencias recientes (Ornelas, 1994; Ribeiro, 1999). Sin embargo, el número de apoyos sociales percibidos y el grado de satisfacción personal con esos apoyos parecen ser dos aspectos separados de una misma realidad (Hoffmann, Müller & Rubin, 2006). Inicialmente se consideraba el apoyo social según la cantidad de familiares y amigos que se tuviera, sin embargo, actualmente, se incluye la evaluación de la *satisfacción con el apoyo social percibido* (Ogden, 1999), es decir la evaluación positiva que la persona lleva a cabo sobre el soporte que recibe de los demás (Blanco et al., 2002; Diong et al., 2005; Silva et al., 2003 cit. Gomes, 2008).

Por todo ello, resulta especialmente relevante considerar no sólo la cantidad de apoyo de la que el sujeto dispone objetivamente o la que se le ofrece, sino también la percepción y la satisfacción que el paciente muestra con la misma. La disparidad entre ambas (proporcionada y percibida) puede convertirse en una nueva fuente de temores, problemas, conflictos y malestar (Blanco et al., 2002).

Por último, destacar que el *comportamiento de apoyo social* se define como el intercambio de recursos entre por lo menos dos individuos. Uno de ellos se reconoce como receptor y, el otro, como donante; el donante puede ser también más de un individuo o incluso una institución y el intercambio que tiene lugar, tiene como objetivo aumentar el bienestar del receptor de ese apoyo (Hobfoll & Vaux, 1993 cit. Serra, 1999).

3.4.2. El Apoyo Social Percibido y el Cáncer de Mama

“Receber suporte emocional, aprender com a experiência positiva dos outros (...) foram os pilares que suportaram aquilo que eu consegui vencer...”

Anónimo *In* Direcção Geral da Saúde (2003)

El apoyo social es uno de los principales conceptos en el área de la psicología de la salud y, recientemente, su abordaje se ha revelado importante en el ámbito de la psicooncología. Los efectos mediadores del apoyo social en la protección y promoción de la salud, en la inhibición del desarrollo de enfermedades, en el bienestar psicológico y en la calidad de vida de los enfermos oncológicos, así como en su recuperación y en la promoción de una mayor esperanza de vida están bien fundamentados en diversas investigaciones, según se puede comprobar por la innumerable bibliografía encontrada sobre el tema, principalmente: Rodin & Salovey, 1989, cit. por Ribeiro, 1999; Schwarzer & Leppin, 1991; Callaghan & Morrissey, 1993; Rutter & Quine, 1996 cit.

Ribeiro, 1999; Akechi et al., 1998; Helgeson et al., 1998; Sollner et al., 1999; Ribeiro, 1999; Serra, 1999; Die Trill, 1999; Uchino et al., 1999; Sarason et al., 2001; Dias et al., 2002; Durá & Hernández, 2002; Serra, 2002; Cohen et al., 2003; Cohen, 2004; Hoffmann et al., 2006; Piazza et al., 2007; Siqueira, 2008; Kim et al., 2010; Ribeiro, 2011.

Varios de estos estudios constataron que el apoyo social y las relaciones interpersonales pueden inhibir el desarrollo de enfermedades y, a su vez, cuando el individuo está enfermo, tiene un papel positivo en su recuperación, funcionando como uno de los recursos psicosociales más utilizados por los pacientes, ayudándolos a lidiar, a atenuar y a protegerse de los efectos psicológicos adversos de circunstancias inductoras de estrés; de este modo, el apoyo social es bastante útil y pertinente en el estudio de la salud mental (Rodin & Salovey, 1989, cit. por Ribeiro, 1999; Serra, 1999; Durá & Hernández, 2002; Cornwell, 2003; Hoffmann et al., 2006; Gutiérrez, 2007; Piazza et al., 2007; Pinto, 2007; Kim et al., 2010). Una revisión de literatura acerca de la relación entre soporte social y salud, realizada por Broadhead y cols. (1983 cit. Ribeiro, 1999), demuestra la existencia de una fuerte correlación entre las dos variables. Sintetizando las conclusiones de este y de otros estudios realizados en este ámbito, pueden enunciarse cinco grandes categorías que reflejan los efectos del soporte social en la salud, principalmente: 1) el soporte social protege contra las alteraciones inducidas por el estrés; 2) funciona como mediador o moderador de este; 3) la no existencia de soporte social es la propia fuente de estrés; 4) la pérdida de soporte social es un estresor; 5) el soporte social es benéfico independientemente de la fuerza de estrés (Singer & Lord, 1992 cit. Ribeiro, 1999).

Así, el apoyo social constituye un factor protector cuando el individuo experimenta un estresor, moderando la influencia negativa de éste en su salud y en su

bienestar (Sarason et al., 1990; Callaghan & Morrissey, 1993). Investigaciones realizadas mostraron que los individuos sin apoyos sociales que experimentaban elevados niveles de estrés desarrollaron sintomatología física y psicológica mayor, que aquellos que tenían soporte social (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990). Así, los individuos con elevado soporte social parecen estar más capacitados para lidiar con acontecimientos de vida estresantes, que aquellos que poseen un bajo soporte social, que se son más vulnerables (Callaghan & Morrissey, 1993).

La enfermedad oncológica, se enmarca en el grupo de enfermedades que amenazan la integridad física y psicológica de la persona, supone una situación altamente estresante (Durá & Hernández, 2002) teniendo, por lo tanto, un impacto profundo en el modo en que los pacientes reciben y perciben el ambiente social que los rodea (Aopro, 1987 cit. Pereira & Lopes, 2005). De este modo, las relaciones interpersonales parecen convertirse en un importante mecanismo capaz de compensar o de minimizar el impacto del estrés causado por el impacto del diagnóstico de cáncer (Aro et al., 1989 cit. Kim et al., 2010; Ribeiro, 1999; Durá & Hernández, 2002; Silva, 2010). Sin embargo, parece importante destacar que la red de apoyo social asume una gran relevancia no sólo en la fase de diagnóstico de la enfermedad, sino también a lo largo de toda la trayectoria de vida de una persona que tiene o ha tenido un cáncer (Turner et al., 2005).

La percepción de bienestar físico, psicológico y emocional de los pacientes con cáncer parece estar claramente asociada a su contexto social (Die Trill, 1999; Die Trill, 2003; Moreira et al., 2009). Así, la percepción de que los demás están disponibles para proveer consuelo emocional o asistencia práctica en los momentos de necesidad, parece ser particularmente benéfica para la salud y el bienestar del paciente. Ward y cols. (1991) afirman que el apoyo social capacita a los individuos para desarrollar estrategias

de *coping* más efectivas y más realistas, pues les permite creer que los otros los ayudarán, si las exigencias de la enfermedad se vuelven superiores a sus recursos personales.

En base a la idea anterior, el soporte social ha sido estudiado, tanto como una estrategia de *coping*, como un *factor de protección/recurso* relacionado con el estrés inherente a la situación de enfermedad (Silva, 2010). El mecanismo de influencia del apoyo social se ejerce de dos formas, principalmente: 1) protegiendo al individuo del efecto deletéreo de la confrontación con el estresor – *efecto moderador*; y/o 2) intercediendo en la relación entre el estrés y los resultados de *coping* y la salud/calidad de vida – *efecto mediador* (Akechi et al., 1998; Sollner et al., 1999; Fridfinnsdottir, 1997; Ward et al., 1991; Underwood, 2000), desde la fase de vigilancia de salud (Katapodi et al., 2002), pasando por la fase de diagnóstico de cáncer (Fridfinnsdottir, 1997), por la de tratamiento (Ward et al., 1991) hasta la fase de supervivencia (Pinto, 2007), o sea, a lo largo de toda la trayectoria de la enfermedad.

Sin embargo, si consideramos el apoyo social como un *recurso*, analizaremos la percepción que el enfermo tiene de la disponibilidad real o percibida del soporte proporcionado; sin embargo, como estrategia de *coping*, corresponde con la búsqueda de apoyo y, actúa esencialmente en la disminución de las exigencias de la situación estresante (Lazarus & Folkman, 1984; Ornelas, 1994). Desde esta perspectiva, el apoyo social se visualiza como un proceso transaccional en el que el paciente interactúa continuamente con el medio en constante cambio, influyéndolo y siendo influido por él (Lazarus & Folkman, 1986 cit. Santos, 2003).

Existen varios *tipos de apoyo social*, y todos ellos son útiles; sin embargo hay algunos más beneficiosos que los otros, en función de las diversas fases del cáncer, así como de su grado de controlabilidad. Por ejemplo, en el momento de la comunicación

del diagnóstico, hay más necesidad de apoyo emocional, mientras que en el período de tratamiento, hay más necesidad del instrumental y basado en la información (Patrão & Leal, 2004). Por otro lado, mientras la situación de enfermedad sea controlable, los apoyos más benéficos son el *instrumental* y el *informativo*, que ayudan a resolver el problema de una forma definitiva; el recibir auxilio en la realización de tareas diarias concretas y en la detención de información acerca de su situación pueden mejorar las estrategias para enfrentarse a la enfermedad y al tratamientos y, por consiguiente, aumentar la percepción y la sensación de control de la enfermedad (Silva, 2010). Contrariamente, cuando la situación es incontrolable, el *apoyo afectivo* es el único posible ya que, en estas circunstancias, poco más se puede hacer que ayudarlo a lidiar con las emociones negativas que desarrolla mientras tanto (Serra, 1999).

Además de los diferentes tipos de apoyo, son igualmente importantes las *fuentes de apoyo*. Por regla general, las fuentes más importantes de apoyo social para el enfermo oncológico son: la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, las asociaciones de enfermos oncológicos, los grupos de apoyo y de autoayuda, así como los profesionales de la salud; todos estos elementos constituyen la *red de soporte social informal y formal* del enfermo (Winnubst et al., 1990 cit. Patrão & Leal, 2004; Ribeiro, 1998; Pereira & Lopes, 2002; Turner et al., 2005). Conviene destacar que, en lo que respecta al paciente oncológico, tan importante es el apoyo afectivo proporcionado por las personas próximas, como el apoyo instrumental proporcionado por los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, psicooncólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas, auxiliares de acción médica, entre otros) (Llorca et al., 1999).

Para Ribeiro (1994 cit. Ribeiro, 1999) la fuente de soporte social más importante para la población portuguesa es la familia, siendo la satisfacción una dimensión cognitiva con un importante papel en la reducción del malestar relacionado con la salud

y la enfermedad (Sarason et al., 1985 cit. Ribeiro, 1999; Rodríguez, 1999; Pérez-Villamil, 1999; Bennet, 2002; Gimón, 2007; Mallinckrodt et al., 2012). Sin embargo, la individualidad y la especificidad subyacente a la enfermedad oncológica provoca, en la mayoría de los pacientes, el sentimiento de que ninguna otra persona puede entender sus miedos y sus preocupaciones; aún así, un paciente que mantenga relaciones seguras con sus familiares próximos, probablemente espere encontrar en ellos una comprensión y ayuda, por el otro lado, un paciente que mantenga relaciones inseguras con la familia, es probable que espere encontrar en ellos falta de comprensión, intolerancia y poca apertura para hablar de lo que siente (Die Trill, 1999). Cabe destacar que el diagnóstico de cáncer no afecta exclusivamente al enfermo, sino que “desestabiliza” a toda la familia, afectando a cada uno de sus miembros de forma particular. De este modo, la situación familiar, principalmente la estructura y la dinámica familiar, las experiencias pasadas en situaciones idénticas, así como la etapa del ciclo vital del enfermo, influyen considerablemente a la reacción del enfermo y de la familia de cara a la enfermedad oncológica (Lewis, 1990; Pérez-Villamil, 1999; Pereira & Lopes, 2005).

Otro aspecto relevante muestra que las fuentes de apoyo externas a la familia, tal como la percepción de poder contar con el apoyo social y emocional de amigos, han sido también asociadas a la obtención de resultados positivos relacionados con la salud física y mental (Cohen & Wills, 1985; Cutrona & Russell, 1987; Cutrona et al., 1990; Leatham & Duck, 1990; Dias et al., 2002), dado que, cuando los amigos cercanos se enteran del diagnóstico, *“pueden brindar su apoyo o alejarse, y este será un factor crucial en la adaptación de la paciente”* (Gutiérrez, 2007, p.19).

Varios estudios han demostrado también que la integración de estas enfermas en asociaciones destinadas al apoyo a los enfermos con cáncer de mama, así como su participación en *grupos de apoyo* o en *grupos de autoayuda* beneficia el bienestar

emocional de las pacientes y el proceso de adaptación a la enfermedad (Cella et al., 1993; Marin, 1995; Guerra, 1997; Weihs et al., 1999; Helgeson et al., 2000; Durá & Hernández, 2002; Matias, 2002; Font & Rodríguez, 2007; Arora et al., 2007; Cameron et al., 2007; Die Trill, 2007; Bellver, 2007; Stumm et al., 2009; Pennery et al., 2010; Henselman et al., 2010).

Sin embargo, parece importante destacar que estos grupos constituyen un “*recurso complementario a otras redes de apoyo social*” (Durá & Hernández, 2002, p. 469) y, actualmente, debido a las nuevas tecnologías de la información y comunicación, pueden extenderse; a través de las posibilidades ofrecidas por el ciberespacio y por las comunidades virtuales, aspecto al que nos referiremos a continuación.

3.4.2.1. El Apoyo Social y Emocional, Nuevas Tecnologías, el Ciberespacio

“A essência da realidade virtual é a partilha”.

Jaron Lanier s/d cit. Kerckhove, 1995, p. 82

Diariamente, cientos de personas acceden a Internet un poco por todo el mundo. Las personas que utilizan Internet no paran de crecer y son, como mínimo, números impresionantes (Barak & Grohol, 2011). A título de ejemplo, la población que, a nivel mundial, utiliza Internet, ha pasado de 16 millones de usuarios en 1995 a los 680 millones en 2003 (Mileham, 2007), elevando, así, a la escala global el fenómeno de la interacción social *online* (Schouten, 2007 cit. Santos, 2009). Cabe destacar que, en el año 2001, 90 millones de americanos recurrieron Internet con la intención de establecer contacto con algún tipo de grupo *online*, principalmente con grupos de apoyo (Reips, 2000, 2002; Brandon & Hollingshead, 2007; Lieberman, 2007).

De acuerdo con Barak y Hen (2008), las diversas características de Internet, principalmente, la facilidad de acceso sin precedentes a una diversidad de información, la posibilidad de conservar el anonimato, de comunicarse sin ser visto (invisibilidad), a través de texto y/o voz, la fácil accesibilidad, la posibilidad de acceder a múltiples sitios *web*, constituyen, indudablemente, una de las mayores contribuciones de Internet (Paul & Bryant, 2005; Tanis, 2007; Amichai-Hamburger et al., 2007; Suler, 2008; Reips, 2007, 2008).

A la par de esta realidad, la posibilidad de comunicarse a través de Internet ha introducido un nuevo tipo de discurso y, consecuentemente, nuevas formas de relación, anunciando una nueva realidad psicológica y social (Cardoso, 1998; Barak & Suler, 2008a, 2008b; Reips, 2007, 2008; Amichai-Hamburger & Barak, 2009). Así, Internet, además de ser una incommensurable tecnología de acceso y suministro de información, es igualmente una “*tecnología social*”, donde interactúan millones de actores y sujetos sociales que, “*no sólo buscan información, sino también pertenencia, apoyo y afirmación*” (Cardoso, 1998, p. 2; Brandon & Hollingshead, 2007). Así, con la llegada de internet y las nuevas tecnologías de información y comunicación, el intercambio de experiencias *online* asume una importancia añadida, al hacer posible una interacción mayor entre las personas independientemente del contexto social o geográfico, contribuyendo para que el intercambio de experiencias sea divulgado y actualizado de una forma más rápida y dinámica (Booth-Kewley et al., 1992; Kerckhove, 1995; Wallace, 1999; Reips, 2007, 2008; Santos, 2009).

Actualmente, los grupos de apoyo y los grupos de autoayuda han dejado de ser exclusivamente presenciales, estando confinados a determinados espacios físicos (tales como unidades hospitalarias, centros de salud, asociaciones de apoyo a enfermos oncológicos, entre otros), para extender su acción al ciberespacio y funcionar a través de

comunidades virtuales. Es útil, antes de seguir avanzando, aclarar que el término ciberespacio es hoy utilizado, regularmente, para referirse a las asociaciones establecidas a través de ordenador, que hacen posible la comunicación entre personas, sin la necesidad de que estas compartan un espacio físico o temporal (Cardoso, 1998; Barak, 1999; Wallace, 1999; Sassenberg et al., 2003; Chester, 2004 cit. Santos, 2009; Reips, 2007; Barak & Suler, 2008b). En realidad, el ciberespacio ha hecho posible la existencia de un número notable de actividades en contextos *online*, modificando, radicalmente, una diversidad de hábitos culturales, que van desde nuevas formas de acceder a la información, ahora posibles en tiempo real, a nuevas formas de interacción social (comunicación bidireccional a distancia a través del ordenador) y, en ese sentido, más libres del constreñimiento habitualmente implicado en las relaciones cara a cara, dado el efecto de la desinhibición que el contexto *online* permite. Los resultados de recientes investigaciones sugieren que las personas tienden también a ser más honestas en estos contextos (Goffman, 1993; Cardoso, 1998; Joinson, 2001; Miller & Arnold, 2001; Amichai-Hamburger, 2005; McKenna & Seidman, 2005; Hoybye et al., 2005; Chen, 2006; Tanis, 2007; Barak & Suler, 2008a; Barak & Suler, 2008b; Suler, 2008; Barak & Hen, 2008; Santos, 2009; Barak & Grohol, 2011).

De cara a esta realidad, existen diferentes espacios de interacción social dentro del ciberespacio, principalmente: 1) páginas personales y *blogs*; 2) salas de conversación y mensajes instantáneas; y, 3) redes sociales. Abordaremos, a continuación, la temática de las redes sociales y, en particular, las características de las comunidades virtuales disponibles en la red social *Facebook*.

En esta red social, las personas habitualmente se presentan a través de un perfil creado por ellas mismas, conteniendo diversa información (sexo, edad, profesión, estado civil, intereses personales, etc.) y, en algunos casos, añaden una o varias fotografías

personales (Schouten, 2007 cit. Santos, 2009). Esta red social permite que sus usuarios se presenten de modos diversos, así como listar a sus amigos y respectivos perfiles. Además, permite una frecuente y continuada interacción social entre sus miembros, a través del intercambio de comentarios y/o mensajes, funcionando como una red de pertenencia complementaria, designada como red social “virtual” (Rheingold, 1993; Wellman, 1997; Cardoso, 1998; Zhao et al., 2008; Santos, 2009; Fogel & Nehmad, 2009; Bender et al., 2011).

A pesar de que algunos estudios enuncien riesgos inherentes a la utilización inadecuada de Internet, de forma general, las referencias al ciberespacio contemplan aspectos positivos (Schneider et al., 2004; Schneider et al., 2011). Según Voiskounsky (2008), el ciberespacio es un contexto en el cual es posible vivir experiencias muy positivas. También Barak y King (2000) afirman que el espacio *online* puede contribuir a un enriquecimiento y mejoría del funcionamiento humano en diversas áreas, entre ellas, la salud mental y física (Schneider et al., 2004; Tanis, 2007; Liu y Kuo, 2007; Amichai-Hamburger & Barak, 2009; Barak, Boneh & Dolev-Cohen, 2010; Schneider et al., 2011; Shim et al., 2011). En base a esta idea, Barak (2007) considera que el ciberespacio puede constituirse como un contexto de soporte social y emocional para personas que estén viviendo momentos de gran estrés emocional, constituyéndose como espacio psicológico único (Eysenbach, 2003; Barak & Suler, 2008a, 2008b; Amichai-Hamburger & Barak, 2009; Barak & Grohol, 2011).

En este panorama, el interés científico por el estudio del ciberespacio, una vez pasado un período en el que los proyectos llegaron a ser considerados frívolos, ha pasado a constituir un motivo de interés científico creciente, compartido por una pluralidad de investigadores y disciplinas, tales como la psicología, la medicina, la sociología, entre otras (Barak & Suler, 2008a, 2008b). De este modo, el ciberespacio

parece estar afirmándose como un territorio emergente también en el área de la psicooncología y, aunque las publicaciones son aún escasas y relativamente recientes (Miller & Arnold, 2001), el contexto de apoyo social *online* parece ser cada vez más reconocido como un contexto facilitador para el intercambio de información, de experiencias, así como para la expresión de las emociones y sentimientos inherentes a la experiencia de una enfermedad oncológica; este aspecto parece deberse, esencialmente, a una menor vulnerabilidad percibida por parte de sus usuarios (Wallace, 1999; Ben-Ze'ev, 2003; Barak & Bloch, 2006; Schouten et al., 2007). Por los motivos anteriormente citados, el ciberespacio parece estar constituyéndose como un importante espacio de dar y recibir soporte social y emocional (Eysenbach, 2003; Amichai-Hamburger & Furham, 2007; Tanis, 2007; Joinson & Paine, 2007; Barak & Hen, 2008; Barak et al., 2010; Barak & Grohol, 2011). Un estudio reciente llevado a cabo por Han y colaboradores (2011) sugiere que la combinación de la expresión de empatía (dar) y la recepción de actitudes empáticas (recibir) constituye el aspecto crucial para la obtención de beneficios en pacientes con cáncer, que pertenecen a grupos de apoyo social *online*. Además, las conclusiones de este estudio refuerzan la hipótesis de que la expresión empática proporciona un efecto extremadamente benéfico para los pacientes que presentan un mayor grado de preocupación asociada con el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos. Semejantes conclusiones fueron encontradas en un estudio realizado, pocos años antes, por Meier y colaboradores (2007), con supervivientes de cáncer.

Corroborando esta idea, varios estudios han concluido que el apoyo social a los enfermos oncológicos en un contexto *online*, a través de grupos de apoyo o de autoayuda, ayudó a las personas a enfrentarse más eficazmente a su enfermedad, poniendo también en evidencia el enorme beneficio de estas interacciones (Altman & Taylor, 1973; Landro, 1999; Penson et al., 2002; Eysenbach, 2003; Rehse & Pukrop,

2003; Klemm et al., 2003; Hoybye et al., 2005; Shaw et al., 2006; Shaw et al., 2007; Tanis, 2007; Montesinos & Yélamos, 2007; Yélamos et al., 2007; Han et al, 2008; Barak & Suler, 2008b; Shim et al., 2011).

Tras la realización de una rigurosa consulta en el ciberespacio portugués, centramos nuestra atención exclusivamente en la red social *Facebook*, dado que esta es, actualmente, la red social con más usuarios, cerca de 500 millones (Shih, 2009), habiendo conquistado en el año 2010 el título de sitio web más visitado del mundo. Después de una exhaustiva búsqueda realizada en la red social *Facebook*, se constató la existencia de varias comunidades virtuales relacionadas con el apoyo social *online* a enfermos oncológicos y a mujeres de cáncer de mama en particular, donde proliferan grupos de apoyo y grupos de autoayuda *online*, constatándose una gran adhesión de los individuos a estos grupos, confirmando el intercambio de experiencias semejantes entre mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (Lieberman & Goldstein, 2006). Se verifica la existencia de auténticas comunidades virtuales que funcionan como prolongamiento de las instituciones de la Salud Pública de apoyo a enfermos oncológicos, tales como la “*Liga Portuguesa Contra el Cáncer*”, el “*Instituto Português de Oncologia de Oporto y Lisboa*”, la creación de redes sociales por parte de varias Asociaciones Portuguesas de Apoyo a Enfermos con Cáncer de Mama, tales como la “*Laço - Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres com Câncer de Mama*”, la “*Mama Help*”, la “*Amigas do Peito- Associação Humanitaria de Apoio a la Mujer con Câncer de Mama*” la “*AMPM – Associação de Mulheres con Patología Mamaria*”, a “*Siempre Mujer - Associação de Apoio a Mulheres com Câncer de Mama*”, entre otras. A modo de ejemplo, a mediados del mes de mayo del año de 2012, en una consulta realizada a las páginas de la red social *Facebook* de la *Liga Portuguesa Contra el Cáncer* y del *Instituto Português de Oncologia de Oporto* y de *Lisboa* se constató que contenían 509.931 e 11.240 miembros

“virtuales” en sus páginas *online*, respectivamente; a su vez, y la asociación *Laço* tenía 31.880 miembros “virtuales” en su página de *Facebook*.

A pesar de que las instituciones y las asociaciones anteriormente citadas posean un espacio físico de apoyo a enfermos con cáncer de mama (Owen et al., 2007), se extienden también al ciberespacio con la intención de disponibilizar información acerca de la enfermedad, divulgar iniciativas (*workshops*, sesiones de aclaración, actividades de recreación y de ocio, entre otras) y facilitar o estrechar lazos entre personas que comparten la experiencia de cáncer de mama (Montesinos & Yélamos, 2007; Yélamos et al., 2007; Barak et al., 2010). Se constata que en estos espacios *online* las mujeres hablan del cáncer, de los tratamientos y sus consecuencias, se da y se recibe apoyo, se promueve el intercambio de experiencias, se expresan las experiencias inherentes a las diversas fases de la trayectoria de la enfermedad, se comparten miedos, se resuelven dudas y se reciben mensajes de apoyo y ánimo por parte de los elementos que pertenecen a aquella comunidad virtual, de forma empática (Davison et al., 2000; Skeels et al., 2010; Bender et al., 2011), funcionando estos mensajes, indudablemente como una forma de apoyo social, aunque virtual (Levenson & Reuf, 1992; Gray et al., 1997; Klemm et al., 1998; Shaw et al., 2000; Bylund & Makoul, 2002; Winzelberg et al., 2003; Burleson, 2003; Hakansson & Montgomery, 2003; McKenna & Seidman, 2005; Barak et al., 2010; Han et al., 2011; Shim et al., 2011).

McKenna y Bargh (1998) abogan que participar en estos grupos puede proporcionar a las personas un sentimiento de pertenencia, eleva su autoestima, así como la ayuda a percibir que no son las únicas pasando por una determinada experiencia (Andrade & Vaitsman, 2002). Varios estudios colocan también la hipótesis de que la eficacia de estos grupos podría estar relacionada con el hecho de que las mujeres con cáncer de mama presentan algunas restricciones debido a la enfermedad y a

los efectos secundarios del tratamiento, que se reflejan en algunas limitaciones debido a su estado de salud y/o al estigma relacionado con su imagen física, como sucede, principalmente, durante el tratamiento (fatiga, energía disminuida, humor deprimido, alopecia, anorexia, etc.) (Weinberg et al., 1995; Wallace, 1999; Ganz, 2000; Eakin & Strycker, 2001; Dias et al., 2002; Cano, 2005; Owen et al., 2005; Gimón, 2007; Silva, 2010; Shim et al., 2011), e Internet constituye un recurso accesible y de bajo coste (Barak et al., 2010) para la prestación de apoyo psicosocial, siendo por ello, ampliamente usada por estas pacientes, con el objetivo de prestar o recibir apoyo informacional, social y emocional, mediado por ordenador (Fogel et al., 2002; Salzer et al., 2010) y por lo tanto, posibilitando nuevas formas de relación (Ben-Ze'ev, 2004) capaces de, según la opinión de Amichai-Hamburger y Furnham (2007), promover numerosos beneficios en la vida de estas mujeres, mejorando su calidad de vida y el bienestar psicosocial, ayudando al proceso de adaptación al cáncer (Fogel et al., 2002; Hoybye et al., 2005; Lieberman & Goldstein, 2005; Owen et al., 2005; Amichai-Hamburger & Barak, 2009; Salzer et al., 2010) y, por consiguiente, consolidando la eficacia de estos grupos de comunicación mediados por Internet, como fuente de apoyo psicosocial para pacientes con cáncer de mama a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (Fogel et al., 2002; Hoybye et al., 2005; Lieberman & Goldstein, 2005; Owen et al., 2005; Barak & Suler, 2008a, 2008b; Santos, 2009; Amichai-Hamburger & Barak, 2009; Gellaitry et al., 2010; Salzer et al., 2010; Barak et al., 2010; Han et al., 2011; Lu et al., 2012).

De este modo, estudios con grupos de apoyo a enfermos oncológicos *online* identifican que el soporte informacional (aumentando de la conciencia/conocimiento de la enfermedad) y el emocional (prestando de apoyo al paciente y/o al cuidador) mostraron ser formas de apoyo preferenciales de estos grupos, teniendo, incluso

resultados semejantes a los encontrados en el apoyo suministrado por grupos de autoayuda cara a cara (Weinberg et al., 1996; Sharf, 1997; Gray et al., 1997; Klemm et al., 1998; Finn, 1999; Preece & Ghazati, 2001; Preece, 2001; Durá & Hernández, 2002; Eysenbach, 2003; Klemm et al., 2003; Owen et al., 2004; Rodgers & Chen, 2005; Preece & Maloney-Krichmar, 2005; Bender et al., 2011).

En la última década, un número creciente de estudios ha demostrado que, cuando las personas escriben sobre experiencias emocionales, esta actividad funciona como una forma de *coping* con la enfermedad, constatándose mejorías significativas en la salud física y mental de los individuos (Stoll, 1986 cit. Deep & Leal, 2002; Pennebaker, 1989; Pennebaker, 1990; Pennebaker & Harber, 1993; Pennebaker, 1997; Smyth & Pennebaker, 1999 cit. Serra, 1999; Lepore & Smyth, 2002; Stanton et al., 2002; Lieberman & Goldstein, 2005; Tanis, 2007; Barak et al., 2010; Shim et al., 2011; Lu et al., 2012). Según Pennebaker (1990), la liberación de las emociones puede contribuir para proporcionar significado a los acontecimientos, permitir que los hechos, los sentimientos y los pensamientos puedan organizarse de un modo eficaz y contribuir a la resolución de sus dificultades, permitiendo a la persona construir con una mayor facilidad una narrativa organizada y coherente de la experiencia (Serra, 1999). Una vez constituida esta narrativa, el acontecimiento puede ser entonces sumariado, almacenado y reintegrado en su historia de vida de un modo más eficaz (Tanis, 2007; Barak et al., 2010; Han et al., 2011), aumentando la percepción de mayor apoyo social (Fogel et al., 2002; 2003), disminución del aislamiento social (Hoybye et al., 2005; Amichai-Hamburger & Barak, 2009), poniendo en evidencia mejorías en la calidad de vida (Lu et al., 2012), y conduciendo a una mejor adaptación a la enfermedad de la mujer con cáncer de mama, en las diversas fases de la enfermedad (Creamer et al., 1992; Lepore, 2001; Levine et al., 2005; Lieberman & Goldstein, 2005; Gellaitry et al., 2010).

Teniendo en cuenta estas conclusiones, se ha sugerido que las comunicaciones virtuales presenten una excelente oportunidad para que los investigadores conozcan las experiencias de pacientes con cáncer, consolidándose como una valiosa fuente de investigación, a pesar de que, aún hoy, parezca un método escasamente explorado por los investigadores en el área de la salud (Eysenbach & Trill, 2001).

3.4.2.2. El Efecto del Apoyo Social en Fase de Tratamiento

En situaciones de crisis, como es el caso del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, Lugton (1997) afirma que las mujeres necesitan asegurarse el apoyo emocional de aquellos que les son próximos, o sea, el apoyo de los miembros que constituyen su red de apoyo social; tanto a través del apoyo informal (puesto a disposición principalmente por la familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros), como a través del apoyo formal (proporcionado, principalmente, por los profesionales de la salud, por las asociaciones y por los grupos de apoyo, entre otros).

De este modo, la presencia y la satisfacción con la red de apoyo social influye positivamente a los efectos de la vivencia del cáncer de mama a varios niveles y en diferentes momentos de la trayectoria de la enfermedad, principalmente: 1) capacita a las mujeres a la disminución de la percepción de amenaza de la enfermedad; 2) minimiza las consecuencias a nivel de los papeles sociales que la mujer desempeña; 3) promueve estrategias de *coping* más efectivas en el enfrentamiento con la enfermedad oncológica; 4) reduce las consecuencias en el autoestima femenina; 5) auxilia el proceso de mantenimiento de la propia identidad de la mujer; 6) promueve su bienestar psicosocial; y, 7) potencia la adaptación psicosocial de la mujer al cáncer de mama (Lieberman, 1982; Cohen & Wills, 1985 cit. Helgeson & Cohen, 1996; Gibson, 1991; Sluzki, 1996; Pierce et al., 1996; Santos, 2003).

Un estudio llevado a cabo por Arora y cols. (2007), acerca de la utilidad percibida y del impacto del apoyo social en mujeres *recientemente diagnosticadas* con cáncer de mama, permitió extraer las siguientes conclusiones: 1) los diferentes miembros de la red social del paciente desempeñan papeles diferentes en la asistencia a las estrategias de *coping* en diferentes fases de la enfermedad; de este modo, en el período más próximo del diagnóstico, la familia y los prestadores de cuidados de salud auxilian a las pacientes con estrategias de *coping* centradas en la resolución de problemas, proporcionando apoyo informativo, así como estrategias de *coping* enfocadas en la regulación de la emoción, proporcionando apoyo emocional proficuo; 2) los amigos desempeñan predominantemente un papel útil, en lo que concierne al *coping* centrado en las emociones; 3) tras el diagnóstico, la familia y los amigos continúan el apoyo a la paciente con estrategias de *coping* enfocadas a la emoción y no a la resolución de problemas; 4) tras el diagnóstico, los prestadores de cuidados de salud continúan proporcionando al paciente estrategias de resolución de problemas, providenciando un apoyo informativo. Cabe destacar, que la fase postdiagnóstico es aquella en la que el apoyo social se vuelve primordial para que las mujeres se puedan enfrentar a la situación amenazadora de cáncer, volviéndola, de este modo, menos lesiva para su bienestar psicosocial y para su identidad personal (Ward et al., 1991; Gibson, 1991; Sluzki, 1996; Samarel et al., 1998; Bozo et al., 2009).

En la fase de tratamiento, el apoyo informativo por parte del equipo médico es fundamental y se refiere a los procesos de toma de decisiones en cuanto al protocolo del tratamiento a elegir, así como a sus efectos secundarios (Patrão & Leal, 2004). Parece importante destacar que este tipo de información puede alterar la evaluación de la amenaza inherente a la terapéutica y a sus efectos colaterales, para una evaluación más positiva, que puede suceder, por ejemplo, con una mujer a quien se le prescribe una

cirugía radical a la mama (mastectomía), al saber que puede hacer una cirugía reconstructiva *a posteriori* (Bloom, 2000). Por otro lado, el apoyo emocional por parte de familiares y amigos implica estar al lado, oír, preocuparse y reforzar la percepción de estar disponible, influyendo en la autoestima y el bienestar de la paciente (Minkler, 1985; Patrão & Leal, 2004).

A lo largo del tratamiento, la mujer pasa por innúmeras pérdidas. La experiencia de cáncer y su respectiva terapéutica influye, principalmente, en las relaciones interpersonales de la mujer, ya que el tratamiento puede limitar su funcionalidad y, necesariamente, restringir los contactos y las actividades sociales, afectando al acceso de las enfermas a recursos interpersonales de apoyo (Peters-Golden, 1982 cit. Helgeson & Cohen, 1996; Bloom & Kessler, 1994). Estando debilitada, la paciente reduce las iniciativas de intercambios interpersonales con sus contactos personales afectivos, haciendo que aquellos con quienes se relacionaba en la red también disminuyan su interacción. Esto sucede, porque las relaciones sociales tienen como base un intercambio, en el que se espera que la atención ofrecida sea retribuida en la misma intensidad (Sluzki, 1995). Como consecuencia de esta situación, cuando las personas más lo precisan, pueden ver condicionado el acceso al apoyo que tanto necesitan. Así, la dinámica de las relaciones interpersonales anteriores puede cambiar con la dolencia de una forma negativa, acabando por constituirse como un riesgo para el bienestar y para la calidad de vida de las pacientes (Silva, 2010). Otra razón para que la paciente no disfrute o disminuya los contactos con su red social de apoyo, puede ser la dificultad de hacerlo, dadas las alteraciones en la percepción del *self*; tales como la imagen corporal negativa y la baja autoestima, como resultado del efecto de la enfermedad y de los tratamientos; es este el caso de las enfermas que temen salir de casa por la alopecia relacionada con la quimioterapia (Dias et al., 2002; Gimón, 2007; Silva, 2010).

Barraclough (1994) señala que, debido a los efectos colaterales del tratamiento, la imagen de un cuerpo saludable y la sensación de bienestar se ven comprometidas, resultado de un conjunto de cambios en la apariencia y en las funciones del organismo de la mujer. La paciente se vuelve dependiente temporalmente, sintiéndose culpada o preocupada por sentir que se ha transformado en una carga para sus familiares; las relaciones interpersonales se vuelven restringidas; y, en algunos casos, la expectativa de vida es alterada, lo que puede causar una panoplia de emociones negativas tales como, profunda tristeza o rabia. Simpson y colaboradores (2002) observaron un índice de un 25% a un 30% de trastornos de adaptación (ansiedad y depresión) y presencia de dificultades psicosociales en pacientes con cáncer de mama en la fase de tratamiento, siendo que este estudio identificó también que el sufrimiento psíquico de esas mujeres está directamente relacionado con el apoyo social referido por ellas, durante la fase de tratamiento de la enfermedad.

El tratamiento de cáncer, muchas veces, tiene una larga duración, lo que genera un gran desgaste emocional y físico, requiriendo paciencia, persistencia y esperanza del paciente y de su familia (Motta, 1998 cit. Hoffmann et al., 2006). En esta fase, además del apoyo informativo y emocional, la mujer puede también beneficiarse del apoyo instrumental, que se refiere a una ayuda específica, consustanciada principalmente, en la ayuda prestada por un miembro de su red social, que se pone a disposición para cuidar de los hijos mientras la mujer va a una consulta, a la ayuda de la realización de algunas tareas domésticas, o incluso en una ayuda monetaria en el transcurso de la enfermedad (Bloom, 2000).

Un estudio llevado a cabo por Bloom (1986 cit. Pereira & Lopes, 2005) con mujeres con cáncer de mama sometidas a tratamiento quirúrgico y centrado en el impacto de la percepción de apoyo en la diferenciación del tipo de apoyo social recibido

en su bienestar físico, social y psicológico, concluyó que: 1) la percepción de soporte social interfiere en la capacidad de consuelo con la enfermedad, determinante para el bienestar de la mujer con cáncer de mama; 2) el más importante predictor de bienestar psicológico es el estilo de *coping*, que a su vez, surge como determinante para el soporte social; 3) la percepción de apoyo emocional tiene un efecto directo en el bienestar psicológico que, a su vez, influye en la capacidad de la paciente para utilizar estrategias de *coping* adecuadas; 4) la familia se asume como recurso de apoyo primario de las pacientes con cáncer de mama y la calidad de la interacción familiar tiene un efecto directo en su bienestar psicológico; y, 5) el tipo de apoyo que las pacientes esperan recibir por parte de los familiares es, sobretodo, apoyo emocional.

En esta línea de pensamiento, Northouse (1989), Fredette (1995) y Hoffman y colaboradores (2006) consideran que las principales fuentes de apoyo para las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento son los miembros de su familia y, en particular, los cónyuges/compañeros. Conscientes de que el cáncer de mama es una experiencia única en el seno de la familia, constituyendo una adversidad compartida en la vida familiar y conjeturando profundas alteraciones, principalmente en la pareja conyugal (Nuehring & Barr, 1980 cit. Dias et al., 2002; Zahlis & Shands, 1991; Kayser et al., 2007; Hagedoorn et al., 2008), a lo largo de las últimas décadas, investigadores y clínicos asociados a la psicooncología han estado enfatizando la necesidad de observar la dolencia desde la perspectiva del contexto familiar y, específicamente en la relación conyugal (Manne & Badr, 2008). De este modo, es importante que las intervenciones psicosociales incluyan e intervengan con cónyuges/compañeros e pacientes con cáncer de mama, incentivando el abastecimiento de apoyo diario en una relación diádica de apoyo, consustanciada en actitudes de dar y recibir apoyo, de modo a aumentar no sólo en bienestar individual, sino también el bienestar de la relación de pareja y familiar,

durante el diagnóstico inicial, tratamiento y recuperación de la enfermedad (Burman & Margolin, 1992; Pistrang & Barker, 1995; Bolger et al., 1996; Coyne & Anderson, 1999; Giese-Davis et al., 2000; Bloom et al., 2001; Ramos & Patrão, 2005; Moreira et al., 2009; Badr et al., 2010; Zimmermann et al., 2010; Moreira et al., 2010; Belcher et al., 2011).

Expuesto esto, actualmente, parece consensual la importancia de la planificación y de la práctica de intervenciones multidisciplinarias en la enfermedad oncológica, incluyendo al enfermo y a su familia (Die Trill, 1999; Yélamos et al., 2007). En base a esta idea, en los últimos años, varios estudios señalan casos de éxito de este tipo de intervenciones (Walsh, 1996; Kershaw et al., 2004; Manne et al., 2007; Manne & Badr, 2008; Feigin et al., 2008; Badr et al., 2010). En la misma línea de estudio, un informe desarrollado por Belcher y colaboradores (2011) con la intención de examinar, en el seno matrimonial, la asociación entre el relacionamiento diario en parejas que se enfrentan al cáncer en estado inicial y su bienestar, concluye que la vivencia del cáncer en un contexto de intercambio interpersonal, donde los pacientes y sus cónyuges/compañeros se beneficien de un apoyo mutuo, en el que ambos se apoyen, permite que se adapten juntos al cáncer (Linares et al., 2002; Cortés-Funes et al., 2003; Ramos & Patrão, 2005; Baucom et al., 2006; Manne et al., 2007; Badr et al., 2010; Moreira et al., 2010).

El apoyo social debe ser considerado como uno de los factores más importantes para las intervenciones eficaces en pacientes con cáncer de mama. A pesar de que los tratamientos médicos son cada vez más eficaces y eficientes, el apoyo social puede ser un factor esencial para la recuperación del paciente, ya que éste *“puede desempeñar un papel crucial en el aumento del efecto de los tratamientos ayudando a los pacientes a*

mantener una perspectiva positiva sobre sí mismas y sus condiciones” (Kim et al., 2010, p. 552) potenciando así el proceso de adaptación a la enfermedad.

3.4.2.3. El Efecto del Apoyo Social en Fase de Supervivencia

La evaluación que la mujer, enferma de cáncer de mama, hace del apoyo social percibido, así como la satisfacción sobre el mismo, puede atenuar el impacto de eventos traumáticos de vida, constituyéndose como un factor protector de los efectos negativos del cáncer y del tratamiento en la vida de las supervivientes (Lewis et al., 2001; Surbone & Peccatori, 2006; Moreira et al., 2009).

Varios estudios revelan que las fases de diagnóstico y de tratamiento se asocian a una percepción más positiva del cáncer de mama (Silva et al., 2011), lo que puede ser debido a una mayor concienciación sobre la disponibilidad de apoyo y ayuda por parte de la red social, que en momentos de crisis, como el período de hospitalización y de tratamiento, o tras el diagnóstico, tiende a ser activada, aunque parece disminuir en la fase de supervivencia (Bloom et al., 2004; Silva et al., 2011). Con el final del tratamiento, son menos frecuentes las visitas al hospital, ya no hay un contacto tan frecuente con el equipo médico y, por consiguiente, la familia y los amigos pueden percibir la enfermedad como algo que pertenece al pasado, dado que las mujeres adquieren habilidades y competencias a lo largo del tiempo para enfrentarse a la enfermedad, así, a partir del primer año tras el diagnóstico, el apoyo hasta entonces recibido comienza a disminuir significativamente (Neuling & Winefield, 1988 cit. Arora et al., 2007; Bloom, 2000; Bloom et al., 2004; Arora et al., 2007). De cara a esta realidad, hay esfuerzos que precisan ser llevados a cabo para garantizar que las necesidades de apoyo de las supervivientes, son comprendidos por sus prestadores de cuidados, y que el apoyo se ha de dar según la medida de sus necesidades.

En opinión de Die Trill (1999), el apoyo social, principalmente el apoyo emocional, debe prolongarse a lo largo del tiempo, dado que continúa siendo una necesidad en la superviviente y, cuando está presente, puede incluso estimular la percepción de *benefit finding* o de crecimiento postraumático, influyendo en la representación que la mujer tiene de la vivencia del cáncer, encarándola como una experiencia positiva de la vida (Weiss, 2004). Así pues parece evidente que la necesidad de apoyo aumenta en el tiempo, lo que implica que esta necesidad dure mucho más que el período inicial de diagnóstico y tratamiento (Lewis et al., 2001). Cuando el apoyo emocional no está presente, parece asociarse a elevados niveles de morbilidad psicológica, principalmente la sintomatología depresiva y ansiosa (Burgess et al., 2005; Wong & Bloom, 2005).

Varios estudios indican la existencia de efectos indirectos entre el apoyo social y el bienestar emocional, a través del uso de estrategias de afrontamiento específicas para la enfermedad (Holtzman et al., 2004). En este sentido, una investigación llevada a cabo por Park y cols. (2008), demostró que los supervivientes de cáncer que perciben elevados niveles de apoyo social tienden a escoger estrategias activas de *coping* y a evidenciar cambios más positivos en sus comportamientos de salud.

Sin embargo, parece importante destacar que, en esta fase, el apoyo social debe asumir nuevos contornos, dado que comienza a ser importante que la mujer sienta la bidireccionalidad del soporte social, pues está, en ese momento, en la fase final de la trayectoria de la enfermedad, y, consecuentemente, a la entrada en el estatuto de superviviente de cáncer y es natural que necesite participar en la relación con el otro, en la cual recibe y suministra apoyo, en un intento de regreso a su rutina cotidiana (Kayser et al., 1999; Patrão & Leal, 2005). Fogel y cols. (2002) investigaron los beneficios del uso de Internet como forma de apoyo social, principalmente los grupos de apoyo en

mujeres supervivientes de cáncer de mama y comprobaron que las mujeres que lo utilizaban estaban menos aisladas y presentaban elevados niveles de satisfacción con el apoyo social.

Hace mucho tiempo que se reconoce el potencial de los contactos sociales, tanto formales como informales (Cella et al., 1993). La satisfacción con el apoyo social recibido es protectora para el riesgo de morbilidad física y psicológica, y ha sido asociada, incluso, al aumento de la supervivencia en mujeres con cáncer de mama (Spiegel et al., 1989; Maunsell et al., 1995; Nausheen et al., 2009). Jalowiec y Dudas (1991) citan en un estudio de Funch y Marshall (1983), que demuestra una asociación significativa entre un soporte social adecuado y una supervivencia de más de 20 años, en estas pacientes. Los resultados de estos estudios muestran que la satisfacción con el soporte social recibido es beneficiosa, pues permite que las supervivientes se adapten mejor a la enfermedad e incluso vivan más tiempo (Spiegel et al., 1999).

3.4.3. Apoyo Social y Adaptación Psicosocial al Cáncer de Mama

Numerosos estudios han investigado el papel del apoyo social en el proceso de adaptación a la enfermedad oncológica y todos son unánimes al concluir que el apoyo social en ese proceso de adaptación es de una importancia extraordinaria, demostrando que los enfermos oncológicos con niveles elevados de apoyo social percibido presentan procesos de adaptación más positivos a lo largo de las enfermedad (Rowland, 1989a; Tempelaar et al., 1989 cit. Bishop, 1994; Irvine et al., 1991; Jalowiec & Dudas, 1991; Bishop, 1994; Helgeson & Cohen, 1996; Heim et al., 1997; Alferi et al., 2001; Blanco et al., 2002; Reynolds & Perrin, 2004; Charuvastra & Cloitre, 2008). Con todo, Jalowiec y Dudas (1991) señalan que el soporte social puede tener un impacto negativo, principalmente, cuando invade la privacidad del paciente, cuando las expectativas en relación a los demás no se cumplen, cuando desaniman la capacidad de que el enfermo

se enfrente al diagnóstico y al tratamiento, o incluso cuando se crea una situación de dependencia entre el enfermo y el cuidador.

En lo que concierne al papel del apoyo social en la adaptación psicosocial al cáncer de mama, su relevancia ha sido demostrada en varias investigaciones a lo largo de los últimos años (Carlsson & Hamrin, 1994; McLean, 1995; Manne et al., 1997; Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Bloom et al., 2001; Lindop & Cannon, 2001; Kornblith et al., 2001; Lewis et al., 2001; Vos et al., 2004; Wong-Kim & Bloom, 2005; Chamberlain et al., 2006; Shelby et al., 2008; Mallinckrodt et al., 2012).

Se ha constatado que la percepción de un adecuado apoyo social, que va al encuentro de expectativas y necesidades de los enfermos en las diferentes fases de la enfermedad oncológica, especialmente el dispensado por la familia y por los amigos íntimos, provoca principalmente: 1) niveles más bajos de estrés; 2) mejores competencias sociales, tales como, mejor autoestima, autoconcepto y mejor capacidad de adaptación; 3) mayor bienestar psicológico; 4) aumento de comportamientos promotores de salud; 5) bajos niveles de ansiedad y depresión; 6) aumento de las actividades sociales; 7) baja incidencia de sentimientos de abandono y aislamiento; 8) mejor calidad de vida; y, finalmente, 9) mejor adaptación psicológica al cáncer de mama (Brown & Harris, 1978 cit. Kim et al., 2010; Bloom & Spiegel, 1984; Dunkel-Schetter, 1984; Lichtman et al., 1987; Feather & Wainstock, 1989 cit. Lewis et al., 2001; Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; Nells et al., 1991; Hilakivi-Clarke et al., 1993; Pistrang & Barker, 1995; Smyth et al., 1995; Spiegel & Kato, 1996; Noll Hoskins et al., 1996; Hoskins et al., 1996; Komproe et al., 1997; Cramer & Spilker, 1998 cit. Pimentel, 2003; Weihs et. al., 1999; Finch et al., 1999 cit. Lewis et al., 2001; Lindop & Cannon,

2001; Sammarco, 2001; Michael et al., 2002; Holland & Holahan, 2003; Sammarco, 2003; Friedman, et al., 2006; Shelby et al., 2008; Alegrance et al., 2010).

También se ha encontrado que las relaciones interpersonales próximas y, en particular, las interacciones familiares y la relación con el cónyuge/compañero, desempeñan un papel determinante en la forma en que el individuo se adapta a las fases del diagnóstico, tratamiento y supervivencia (Ross et al., 1990; Burman & Margolin, 1992; Bolger et al., 1996; Blomm, 1996; Helgeson & Cohen, 1996; Lewis et al., 2001; Wimberly et al., 2005). Así para Spiegel y cols. (1983), la reacción de los familiares a la experiencia de cáncer afecta también a la adaptación psicosocial del individuo que la padece. La percepción de apoyo y la sensación de pertenencia social funcionan como recursos psicológicos para lidiar con la enfermedad (Feigin et al., 2008), y las interacciones familiares pueden promover una mejor adaptación a la enfermedad, al tratamiento y favorecer la rehabilitación de la enferma (Kelly & Lambert, 1992; Walsh, 1998; Ribeiro, 1998; Die Trill, 1999; Dias et al., 2002; Gutiérrez, 2007; Pereira & Lopes, 2005; Feigin et al., 2008). La familia desempeña pues, un papel fundamental en la salud y en la enfermedad (Enelow & col., 1999 cit. Pereira & Lopes, 2005); siendo los miembros de la familia elegidos por la enferma los aliados en la estrategia de adaptación psicosocial a su enfermedad, revelándose inequívocamente como “*los cimientos indestructibles a nivel del soporte psicosocial*” (Dias et al., 2002, p. 305). Northouse (1995 cit. Dias et al., 2002) considera que es en el contexto familiar donde las enfermas intentan encontrar la “subsistencia emocional” en el proceso de gestión de los problemas relacionados con el cáncer, influyendo positivamente en su adaptación. El diagnóstico provoca un conjunto de cambios y alteraciones en la dinámica familiar exigiendo flexibilidad a sus miembros, principalmente en la reorganización de los roles familiares, rutinas diarias, reglas y rituales familiares y en el incremento de nuevas

responsabilidades y competencias, con el objetivo de permitir una adaptación lo más adecuada posible a las exigencias que la enfermedad (Olsen, 1970 cit. Dias et al., 2002; Pereira & Lopes, 2005).

Pereira y Lopes (2005, p. 71) señalan que la experiencia de cáncer es “*un acontecimiento de vida que requiere una adaptación tanto del propio enfermo como de la propia familia*”, incluso poniendo a prueba la capacidad de adaptación de la propia familia a un conflicto que durará meses o años (Dias et al., 2002; Gutiérrez, 2007). Según Pereira y Lopes (2005), en algunas familias, la enfermedad oncológica funciona como un factor de aproximación, en otras acaba por separarla, pero ninguna consigue permanecer indiferente de cara a la experiencia de cáncer. En cuanto a la crisis, la familia tiene que ser flexible para predisponerse a los cambios. Cuando la familia no consigue reconciliar la adversidad y dar un significado al cáncer, tiene dificultades para mantener su identidad familiar y para desarrollar estrategias de *coping* adaptativas, pudiendo acarrear consecuencias negativas en la familia y en cada uno de sus miembros (Serra, 1999; Pereira & Lopes, 2005; Cardoso et al., 2010).

La resiliencia deja de tener un carácter individual absoluto y pasa a tener un carácter sistémico y ecológico (Walsh, 1996; Weihs et al., 1999; Die Trill, 2003; Walsh, 2006; Souza & Cervený, 2006). Según Pereira y Lopes (2005), la mayoría de las familias responde de forma resiliente al cáncer, sin embargo, el proceso de resiliencia familiar dependerá de la fase de desarrollo en que se encuentre la familia en el momento del diagnóstico de la enfermedad, el modo en que la dinámica familiar se vea afectada, del significado atribuido al cáncer en términos de identidad familiar (Pereira, 2002, cit. Pereira & Lopes, 2005) y de los recursos de la familia en un determinado momento (Anaut, 2005; Manciaux et al., 2001 cit. Anaut, 2005). Aunque en ese mismo ámbito, algunos estudios han intentado especificar cuáles son los elementos familiares

fundamentales para una adaptación familiar e individual en las situaciones de crisis,. Las condiciones prioritarias fueron, principalmente: el elevado nivel de cohesión intrafamiliar (Bloom, 1982 cit. Pereira & Lopes, 2005), la apertura y posibilidad de expresar los sentimientos (Moss, 1984 cit. Pereira & Lopes, 2005) y la inexistencia de conflictos intrafamiliares (Spiegel et al., 1983).

De acuerdo con Bolger y cols. (1996), la ventaja adaptativa resultante de la presencia de relaciones familiares significativas está relacionada con el apoyo emocional e instrumental que estas relaciones proporcionan al enfermo. Al revés, un bajo nivel de soporte social informal puede comprometer al proceso de adaptación, aumentar la vivencia de emociones negativas o exacerbar el impacto negativo del cáncer de mama (Mallinckrodt et al., 2012).

Sin embargo, las tareas de adaptación a la enfermedad pueden también resultar facilitadas por el intercambio de experiencias y sentimientos, no sólo con los elementos de la red social de soporte próxima e informal del paciente, que incluye generalmente a la familia y a los amigos, sino también con las redes de apoyo formal, tales como el equipo médico, las asociaciones, los grupos de apoyo y los grupos de autoayuda (Bolger et al., 1996; Samarel et al., 1998; Die Trill, 1999; Durá & Hernández, 2002; Die Trill, 2003; Gutiérrez, 2007; Moreira et al., 2009). Cabe destacar que la relación que la mujer establece con su cirujano, oncólogo, psicooncólogo y el resto del equipo terapéutico, es también determinante en el proceso de adaptación a la enfermedad (Hoskins et al., 1996; Llorca Ramón et al., 1999; Weihs et al., 1999; Hoffmann et al., 2006; Pennery et al., 2010).

Cabe destacar, que la participación en grupos de apoyo o de autoayuda contribuye significativamente para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicosocial de las pacientes, promoviendo la adaptación (OMS, 1993 cit. Durá & Hernández, 2002;

Michael et al., 2002; Fogel et al., 2002; Ben-Ze'ev, 2004; Lieberman & Goldstein, 2005; Owen et al, 2005; Hoybye et al., 2005; Amichai-Hamburger & Furnham, 2007; Gutiérrez, 2007; Font & Rodríguez, 2007; Cameron et al., 2007; Die Trill, 2007; Bellver, 2007; Stumm et al., 2009; Santos, 2009; Amichai-Hamburger & Barak, 2009; Barak et al., 2010; Salzer et al., 2010).

En una revisión sobre el apoyo social y la adaptación al cáncer, Helgeson e Cohen (1996) verificaron que la asociación más fuerte entre soporte social y la adaptación al cáncer se establecía con el soporte de tipo *emocional*, especialmente en la disponibilidad de alguien con quien hablar sobre sus preocupaciones e inquietudes relacionadas con la enfermedad; con todo, a pesar de que el *apoyo emocional* ofrezca una serie de beneficios psicosociales, la incongruencia entre el apoyo que se quiere y el apoyo que se recibe está asociada a una pobre adaptación psicosocial (Reynolds & Perrin, 2004). Aunque el soporte emocional demuestre ser el tipo de soporte más valorado por los pacientes, independientemente de la fuente, el *soporte informacional* parece eficaz en la percepción de apoyo del paciente, si la fuente es un profesional de la salud, y el soporte *instrumental* tiene efecto sólo en la ayuda a determinadas necesidades particulares (Helgeson & Cohen, 1996).

Para Bloom (1982), el apoyo social que la mujer experimenta influye en el proceso de adaptación a la enfermedad, mejorando su capacidad de enfrentarse a la situación y que dos indicadores de apoyo social, la percepción de cohesión familiar y la cantidad de contactos sociales, tienen efectos directos sobre el afrontamiento de la enfermedad oncológica. Este estudio concluyó además que el *coping* media la relación entre el apoyo social y la adaptación a la enfermedad.

Corroborando la idea anterior, Kim y cols. (2010), consideran que el papel de apoyo social se expande, mostrando que el apoyo social percibido no sólo aumenta el

bienestar físico, psicológico y emocional de las enfermas, e indirectamente, condiciona la elección de determinadas estrategias de afrontamiento (Holtzman et al., 2004). O sea, la percepción de más y mejor apoyo social aumenta la probabilidad de que la paciente mejore su bienestar psicológico, viabilizando la elección de estrategias de *coping* activas y, por consiguiente, incrementando el sentido de la confianza, control y dominio sobre la situación de enfermedad (Holland & Holahan, 2003; Kim et al., 2010). Al revés, cuando las pacientes no perciben un nivel satisfactorio de apoyo social por parte de los otros, el recurso a estrategias de *coping* pasivas puede desempeñar un papel significativo en la disminución de su bienestar psicosocial. De este modo, niveles más bajos de apoyo social parecen estar asociados a la utilización de estrategias de *coping* pasivas, pudiendo ser difícil, para la mujer con cáncer de mama, mantener perspectivas positivas y evitar las negativas, en la ausencia de apoyo social (Thoits, 1986; O'Brien & DeLongis, 1997).

Podemos concluir que el efecto directo y moderador del apoyo social, formal e informal, es beneficioso para la salud física, psicológica, social y emocional de las pacientes, estando directamente relacionado con la forma en que la mujer lidia con la dolencia y con el tratamiento y, por consiguiente, mejora su calidad de vida y aumenta la supervivencia, maximizando el proceso de adaptación psicosocial al cáncer de mama (Bloom, 1982; Bishop, 1994; Helgeson & Cohen, 1996; Ribeiro, 1999; Spiegel et al., 1999; Lewis et al., 2001; Kravdal, 2001; Fogel et al., 2002; Patrão & Leal, 2005; Park et al., 2008; Sprehn et al., 2009; Moreira et al., 2009; Silva et al., 2011).

3.5. Calidad de Vida y Cáncer de Mama

3.5.1. Concepto de Calidad de Vida

Primeramente utilizado en el período post II Guerra Mundial, en el ámbito de la economía de los países desarrollados, el término calidad de vida (CV) ha sufrido, en las últimas décadas, una vulgarización en el léxico social, político y clínico sin que, con todo, constituya un concepto claramente definido (Pinto & Ribeiro, 2006). Actualmente, se verifica, en la literatura, una amplia gama de definiciones tan vasta como los dominios de este constructo (Ribeiro, 2009), presentando un problema epistemológico y filosófico (Pimentel, 2006), dadas las dificultades de operacionalización y medición del mismo. Actualmente, no existe una definición universal, y clara del concepto de calidad de vida, ya que puede tener diferentes significados para diferentes personas y adquirir diversas interpretaciones, según su contexto de aplicación (Ribeiro, 2004; Pimentel, 2006).

Con la intención de circunscribir el constructo, optamos por presentar la propuesta de definición de la Organización Mundial de la Salud y admitir la CV como *“...la percepción del individuo de su posición en la vida, dentro del contexto de los sistemas de cultura y valores en los cuales está insertado y en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”* (WHOQOL-Group, 1994, p. 28).

En este sentido, la CV no deriva sólo de la capacidad individual para involucrarse en un conjunto de acciones y comportamientos, sino que engloba una evaluación sobre su satisfacción en relación a las actividades en las que se incluye. De este modo, la CV incluye varios aspectos: biológicos, sociales, ocupacionales y físicos (Bennett, 2002).

La CV, como constructo dinámico y multidimensional (Patrão & Leal, 2004), se organiza en dimensiones y componentes, que se pueden agrupar en cuatro grandes dominios, a designar: 1) dominio *físico* y de desempeño: que corresponde a la percepción que el sujeto tiene de su capacidad de realizar sus actividades diarias; en ellas se incluye, generalmente, el autocuidado, la movilidad y la capacidad de desempeño del rol social; 2) dominio *psicológico* y de bienestar: que engloba aspectos del bienestar emocional y mental, como por ejemplo, la depresión, la ansiedad, entre otros; 3) dominio *social*: que se refiere a la capacidad del individuo de relacionarse con su red de soporte social, así como la frecuencia de participación en actividades sociales; y, 4) dominio *espiritual*: que se encuentra relacionado con la religión y el nivel espiritual del individuo. Cabe destacar que esta última dimensión existe incluso cuando el sujeto no presenta creencias religiosas, es la reflexión que éste hace sobre su propia vida, sobre su sentido y sobre su existencia (espiritualidad) (Pimentel, 2006; Fleck, 2006). Siendo así, la CV posee una característica única; se basa en la percepción personal del individuo, siendo evaluada, esencialmente, como una experiencia única, personal e idiosincrática (Ribeiro, 2002), en que los aspectos culturales y las particularidades del medio ambiente biológico, social y cultural contribuyen de forma decisiva (Ribeiro, 1997; Die Trill, 2003; Pimentel, 2006).

Actualmente, la CV es también un tema de interés creciente en el sistema de cuidados de la salud, reflejando la pertinencia de su abordaje. Este concepto comienza a destacar en contextos clínicos, en la década de los 70, en la secuencia de un conjunto de transformaciones en el área de la salud (Ribeiro, 1994c cit. Lopes, 2004), debiéndose esencialmente a la constatación de que niveles bajos de salud se asociaban a una menor calidad de vida (Miguel et al., 2000). Así, en las últimas décadas, se ha asistido a una sustitución de los indicadores clásicos de mortalidad y expectativas de vida, por una

atención más volcada hacia la CV, en la que destacan los componentes subjetivos e idiosincráticos de la vivencia de enfermedad (Capitán, 1996; Pimentel, 2006). La evaluación de la calidad de vida, en contextos de salud, se determina por un análisis de las implicaciones de la enfermedad, en especial de la enfermedad crónica en el funcionamiento físico y psicosocial del enfermo (Aaronson et al., 1992 cit. Santos & Ribeiro, 2001; Ribeiro, 1997; Pimentel, 2006).

Actualmente la importancia atribuida al concepto CV aumenta con el incremento del número de personas con enfermedades crónicas y, esencialmente, debido a los avances tecnológicos y a los nuevos tratamientos que surgen en el área de la medicina. Hoy, gran parte de las intervenciones de los profesionales de la salud tiene como objetivo el control de este tipo de enfermedades, para prolongar la vida, prevenir posibles complicaciones y disminuir el sufrimiento físico (Lopes, 2004). Paralelamente, aumenta también la preocupación por la CV y, consecuentemente, por la mejoría de las dimensiones implicadas en el proceso de enfermedad, incluyendo la interacción de equipos multidisciplinares y de varios sectores de la sociedad (Yélamos et al., 2007).

Según Aaronson y cols. (1992 cit. Lopes, 2004), la perspectiva médica tradicional, que definía los beneficios de las intervenciones terapéuticas en términos de resultados exclusivamente biomédicos, está siendo sustituida por una perspectiva más amplia, que incluye aspectos de calidad de vida, contribuyendo a una nueva forma de ver la salud y la enfermedad (Ribeiro, 1994c cit. Lopes, 2004). Así, el concepto de CV es actualmente un objetivo prioritario de los servicios de salud, junto a la prevención de las enfermedades, aplicación de su cura y alivio de los síntomas o prolongación de la vida humana (Ferreira, 1994 cit. Santos & Ribeiro, 2001; Farquhar, 1995; Silva, 2002; Ribeiro, 2009).

De acuerdo con Berg y cols. (1976 cit. Pimentel, 2006), existen dos tipos de CV que establecen entre sí una relación de complementariedad, siendo éstos: la CV Global y la CV Relacionada con la Salud (CVRS).

Para Ware (1993 cit. Ribeiro, 1998), la CV es un concepto más amplio que la salud, siendo la salud entendida como uno de los recursos personales de los individuos y uno de los indicadores que mejor permite medir la calidad de vida global.

La CVRS es una parte de la calidad de vida general del individuo, consistiendo particularmente en la *“valoración subjetiva que el enfermo hace de diferentes aspectos de su vida, (...) pero específicamente relacionada con la salud”*, la enfermedad y la terapéutica (Guiteras & Bayés, 1993, p. 179). Siendo así, la CVRS hace referencia a un concepto específico de una enfermedad; sólo puede ser aplicado a personas que tienen esa misma enfermedad; contempla los aspectos directamente relacionados con los síntomas; y con las características y los efectos secundarios del tratamiento (Hermann, 1995; Ribeiro, 2001; Ribeiro, 2002; Ribeiro, 2009).

Para Ribeiro (2009), este concepto hace referencia a una calidad de vida que es dependiente de la enfermedad, principalmente de las representaciones de la enfermedad, de las *“creencias sobre las causas y las consecuencias de la enfermedad, de los preconceptos, de los juicios que los demás hacen sobre la enfermedad, de la autoapreciación que el individuo hace del yo enfermo, de las emociones desencadenadas, de los síntomas existentes y de los tratamientos”* (Ribeiro, 2002, p.77). Costa y Ballester (2010, p. 454) añaden también que el concepto de CVRS se refiere a una *“valoración subjetiva sobre la salud, que varía con el tiempo, y que viene condicionada por los factores socio-demográficos y clínicos que caracterizan al paciente y su enfermedad en un momento determinado”*.

Siendo así, la CVRS ha sido definida como un constructo multidisciplinar, subjetivo e individual (Pimentel, 2006). Multidisciplinar, ya que engloba varios dominios; como la subjetividad del constructor por lo que el concepto es único para cada persona, tal como son únicas e idiosincráticas sus experiencias de vida, y el valor que se le atribuye a cada aspecto de su vida (Cella, 1998 cit. Silva, 2010), englobando indicadores subjetivos sobre su percepción de su estado de salud (Bloom et al., 1998). Cabe destacar también que la CVRS se encuentra significativa y positivamente relacionada con la evaluación de la CV global (Ribeiro, 2001; Ribeiro, 2007).

De acuerdo con Pimentel (2003), el enfermo es la mejor fuente para la evaluación de su CVRS, y debe ser integrada en la práctica clínica oncológica. Hoy en día, se puede considerar el inicio de una nueva era, en que la información de los pacientes acerca de su evaluación de estado de salud debe ser recogida de forma rutinaria, para complementar aspectos del abordaje diagnóstico y terapéutico (Ware, 1991 cit. Gomes, 2010). La evaluación de la CVRS deberá tener en consideración los siguientes dominios: a) *estado funcional del sujeto* (capacidad de ejecutar un conjunto de actividades de vida diaria); b) *síntomas físicos* (relacionados con la enfermedad y el tratamiento); c) *funcionamiento psicológico* (como, el distrés psicológico); d) *funcionamiento social* (incluye las relaciones con el núcleo familiar y el medio social, así como la frecuencia de participación en actividades sociales); y, por último, e) *evaluación global* (Santos & Ribeiro, 2001; Santos, 2003; Pimentel, 2006; Silva, 2010). Cabe destacar que todos estos dominios están interrelacionados y se influyen mutuamente (Testa & Simonson, 1996; Pimentel, 2003, 2006).

Las definiciones previamente presentadas traducen la multidimensionalidad, la subjetividad y el dinamismo inherente al constructo CVRS, y reflejan un interés creciente en evaluar, el fenómeno y el impacto de la enfermedad y de las respectivas

prácticas terapéuticas en la salud física, psicológica y social de los enfermos (Aaronson et al., 1992 cit. Santos, 2003).

3.5.2. Calidad de Vida y Cáncer de Mama

En la última década, los estudios que hacen referencia a la CV del enfermo oncológico se han multiplicado de forma exponencial, abarcando tanto los componentes biomédicos, como las implicaciones psicosociales y comportamentales de la enfermedad, del tratamiento y de la supervivencia (Wagner et al., 1995; Ribeiro, 2002; Santos, 2003; Patrão & Leal, 2004; Carver et al., 2005; Pinto, 2007; Patrão, 2007; Múrias, 2008; Vargas et al., 2010; Hack et al., 2010).

La calidad de vida ha emergido como un tópico central en la oncología, a principios de los años 80, hecho debido en parte al crecimiento de la tecnología médica y al crecimiento de la complejidad de las decisiones médicas en este área del saber (Maguire & Selby, 1989 cit. Pimentel, 2003). El avance tecnológico de la medicina ha conseguido que los enfermos con patologías crónicas, aunque no consigan alcanzar la cura, vivan más tiempo. Así, las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que se derivan del diagnóstico y el tratamiento del cáncer obligan a abordar la enfermedad desde una perspectiva multidisciplinar y, por consiguiente, a través de la formación de equipos constituidos por diversas áreas (principalmente, por oncólogos, enfermeros, psicooncólogos, fisioterapeutas, asistentes sociales, farmacéuticos,...), *“abarcando no sólo el momento del diagnóstico o los tratamientos, sino también después de los mismos, cuando [la persona] tiene que enfrentarse de nuevo a su vida cotidiana”* (Yélamos et al., 2007, p. 418).

En los 70 y 80, paralelamente al desarrollo sin precedentes de la tecnología médica, se ha asistido al crecimiento de recelos sobre la deshumanización (Illich, 1976

cit. Pimentel, 2003). Las críticas hechas al modelo biomédico existente, hizo que surgieran nuevos modelos multidimensionales en los que el enfermo también gana en importancia (Engel, 1977 cit. Pimentel, 2003). Se ha asistido a una alteración en el “objeto” del cuidado médico, que pasa a ser el enfermo y no sólo la enfermedad, y se pasa a proporcionar, además de los cuidados físicos, también cuidados psicológicos, sociales y espirituales. Así, la perspectiva médica tradicional, que definía los beneficios de las intervenciones terapéuticas en términos de resultados exclusivamente biomédicos, está siendo progresivamente sustituida por una perspectiva, que incluye aspectos de la CV en enfermedades como el cáncer (Pimentel, 2003; Lopes, 2004).

Así como la supervivencia ha aumentado para los enfermos con diversos tipos de neoplasias, la mortalidad no ha cambiado significativamente y ha comenzado a ser importante evaluar la CV simultáneamente a la supervivencia (Fallowfield, 1990 cit. Pimentel, 2003; Pinto, 2007; Silva, 2010; Novais da Silva, 2010). Al incluir la variable psicosocial, calidad de vida, en oncología, se ha dado un paso importante para no mirar sólo a la enfermedad, sino también a la persona afectada, contribuyendo de una forma decisiva a la humanización de los cuidados prestados a los enfermos (Pimentel, 2003).

Actualmente la CVRS ha ganado un papel relevante al ser considerada como el objetivo principal en la práctica clínica en oncología (Pimentel, 2003), para medir el impacto del cáncer y del tratamiento (Llorca, 1998 cit. Llorca et al., 1999).

Según Pimentel (2006, p. 11), *“a nivel individual no existe ninguna dimensión de la vivencia que no sea afectada cuando se tiene una dolencia oncológica”*. De acuerdo con el mismo autor, el cáncer cambia el modo en que los individuos perciben el ambiente que los rodea y provoca un desequilibrio emocional. Esta enfermedad está asociada a pérdidas y su diagnóstico y tratamiento tiene consecuencias psicológicas con importantes repercusiones en la CV de los individuos (White, 2004). El mejor

conocimiento de las condiciones y factores relevantes para la calidad de vida de los enfermos oncológicos puede representar un indicador de la eficacia de los cuidados prestados, así como constituir un punto de partida para el cambio de estrategias en la intervención en salud (Santos, 2003; Pimentel, 2003).

Existen varios determinantes de la CV en el paciente oncológico, que pueden presentar variabilidad tanto intra como interindividual, estando estas relacionadas, principalmente, con la propia enfermedad, con su pronóstico, con la terapéutica efectuada, con el tipo de personalidad del individuo, con el nivel cultural y, finalmente, con la satisfacción del soporte social recibido (Die Trill, 1999, 2003; Die Trill & Die Goyanes, 2003; Foley et al., 2006). Los procesos de aceptación y de negación de la enfermedad son también factores muy importantes, influyendo todos estos aspectos en la CV del enfermo oncológico y, por lo que deben ser evaluados (Pimentel, 2003).

El cáncer de mama, acarrea consigo varios problemas que afectan a la calidad de vida de la mujer (Ribeiro, 2003; Ganz et al., 2004; Pimentel, 2006; Silva, 2010). Aunque las tasas de mortalidad del cáncer de mama estén decreciendo, muchas mujeres vivirán con la enfermedad durante largo tiempo, y por ello tienen que aprender a adaptarse al impacto del cáncer y a sus posibles consecuencias. De este modo, ha habido un reconocimiento creciente, tanto de los investigadores, como de los profesionales de la salud, de la necesidad de evaluar el impacto del cáncer de mama en la calidad de vida de estos enfermos (Ganz et al., 1990; Ganz et al., 2004; Pimentel, 2006; Silva, 2010).

3.5.2.1. La Influencia de los Tratamientos en la Calidad de Vida

La literatura, a lo largo de los últimos años, ha conseguido demostrar que una experiencia adversa y potencialmente traumática, como el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, puede tener un impacto profundo en diversas áreas de la vida,

consecuencias adversas a nivel físico, psicológico, emocional, cognitivo, interpersonal, sexual, laboral y existencial, influyendo en su calidad de vida (Meyerowitz et al., 1983; Devins, 1994; Royak-Schaler et al., 1997 cit. McIntyre et al., 2002; Bloom et al., 1998; Parkes, 1998; Osoba, 1999 cit. Estapé, 2002; Whelan et al., 2000; Dias et al., 2002; Die Trill & Die Goyanes, 2003; Wefel et al., 2004; Hewitt et al., 2004; Pimentel, 2006; Thornton & Perez, 2007; Filazoglu & Griva, 2008; Moreira et al., 2008; Hack et al., 2010).

En base a esta idea, varios estudios han permitido concluir que las pacientes con cáncer de mama experimentan, por lo menos, un declinar temporal de su CV en la fase de tratamiento, comprometiendo significativamente su funcionamiento psicosocial y su calidad de vida (Gunnars, 1992; Ganz et al., 1992; Stanton & Snider, 1993; Wagner et al., 1995; Ganz et al., 1996; Moyer, 1997; Epping-Jordan et al., 1999; Shimosuma et al., 1999; King et al., 2000; Ribeiro, 2001; Holzner et al., 2001; Ganz et al., 2002; Ribeiro, 2003; Ganz et al., 2004; Hewitt et al., 2004; Schou et al., 2005; Pimentel, 2006; Rebelo et al., 2007; Montazeri, 2008; Browall et al., 2008; Lee et al., 2008; van der Steeg et al., 2008; Silva et al., 2009a; Silva, 2010; Han et al., 2010; Silva et al., 2011; Rodríguez et al., 2011).

Los tratamientos habituales para combatir el cáncer de mama, provocan en la mujer efectos secundarios físicos y psicosociales que alteran significativamente su CV (Parkes, 1998; Die Trill & Die Goyanes, 2003; Carver & Antoni, 2004; White, 2004; Hesketh et al., 2004; Schou et al., 2005; Moreno et al., 2006; Lotti et al., 2008; Browall et al., 2008; Lee et al., 2008; Saurel et al., 2010; Silva et al., 2011), principalmente: 1) *deterioro de la salud y malestar físico*, tanto por la enfermedad como por los efectos secundarios del tratamiento (fatiga, alopecia, pérdida de apetito, estreñimiento, insomnio, dolor, disfunción del sueño, entre otros) (Ganz, et al., 1998; Laborda &

Torrubia, 1999; Die Trill & Die Goyanes, 2003; Lopes, 2004; Schroevers et al., 2006; Browall et al., 2008; Moreira et al., 2008; Vargas et al., 2010; Silva et al., 2011); 2) *cambios en las relaciones familiares* (Die Trill & Die Goyanes, 2003; Moreira et al., 2008); 3) *cambios en las relaciones íntimas*, sobre todo en la función sexual y/o sexualidad (Andersen, 1985; Margolis et al., 1990; Schover, 1991; Lamb, 1995; Maldonado, 1995; Kasper, 1995; Barni & Mondin, 1997; Ganz et al., 1998; Dorval et al., 1998; Ganz et al., 1999; Spencer et al., 1999; Pérez-Villamil, 1999; Fallowfield et al., 1999; White, 2000; Anllo, 2000; Crawford & Cardoso, 2000; Greendale et al., 2001; Holmberg et al., 2001; Rogers & Kristjanson, 2002; Estapé, 2002; Berterö, 2002; Gomes et al., 2002; Die Trill & Die Goyanes, 2003; Petronis et al., 2003; Avis et al., 2004; Verosi et al., 2005; Bukovic et al., 2005; Ramos & Patrão, 2005; Fobair et al., 2006; Samico, 2007; Sebastián et al., 2007; Gutiérrez, 2007; Takahashi et al., 2008; Montazeri, 2008; Moreira et al., 2008; Saurel et al., 2010; Duarte, 2010; Vázquez-Ortiz et al., 2010; Oudsten et al., 2010; Silva et al., 2011); 4) *cambios en las relaciones sociales y en su vida laboral* (Schag et al., 1993; Ahles et al., 1994; Carver et al., 1998; Spencer et al., 1999; Hopwood et al., 2000; Rowland et al., 2000; Holzner et al., 2001; Gomes et al., 2002; Rietman et al., 2003; Hesketh et al., 2004; Wong-Kim & Bloom, 2005; Schou et al., 2005; Pereira & Lopes, 2005; Moreno et al., 2006; Carver et al., 2006; Samico, 2007); 5) *alteraciones psicológicas y emocionales* – miedos, incertidumbre (pérdida de autonomía, dolor, sufrimiento, recurrencia de la enfermedad, ansiedad, tristeza, depresión, rabia, sentimiento de pérdida de control sobre el futuro, entre otras) (Dow et al., 1996; Altschuler, 1997; Blasco & Ingles, 1997; Massie & Popkin, 1998; Pérez-Villamil, 1999; Cohen et al., 2000; King et al., 2000; Lindop & Cannon, 2001; Lewis et al., 2001; Gomes et al., 2002; Veach et al., 2002 cit. Moreira et al., 2008; Wronska et al., 2003; Hewitt et al., 2004; Wong-Kim & Bloom, 2005; Letho

et al., 2005; Golden-Kreutz et al., 2005; Samico, 2007; Filazoglu & Griva, 2008; Saurel et al., 2010; Hack et al., 2010; Salci & Marcon, 2010); 6) *cambios a nivel cognitivo* (Ganz et al., 1998; Browall et al., 2008 cit. Duarte, 2010); 7) *cambios en la autoestima e imagen corporal*, pudiendo llevar a alteraciones y/o pérdida de la identidad corporal (Wade, 1989; Lamb, 1995; Moyer, 1997; Ganz et al., 1998; Pérez-Villamil, 1999; Weihs et al., 1999; Cohen et al., 2000; White, 2000; Ribeiro, 2001; Gomes et al., 2002; Estapé, 2002; Die Trill & Die Goyanes, 2003; Pikler & Winterowd, 2003; Avis et al., 2004; Wong-Kim & Bloom, 2005; Verosi et al., 2005; Manos et al., 2005 cit. Fonseca, 2011; Fobair et al., 2006; Samico, 2007; Gutiérrez, 2007; Sebastián et al., 2007; Montazeri, 2008; Saurel et al., 2010; Duarte, 2010; Gonçalves, 2010; Vázquez-Ortiz et al., 2010); 8) *cambios en la identidad personal, integridad corporal y atraktividad* (distorsión del *self*) (Schover, 1991; Salter, 1995; Canese, 1995; Makar et al., 1997; Gomes et al., 2002; Die Trill & Die Goyanes, 2003; Fialho & Silva, 2004; Fernández, 2004; Ogden, 2004; Wong-Kim & Bloom, 2005; Verosi et al., 2005; Fobair et al., 2006; Baxter et al., 2006 cit. Fonseca, 2011; Samico, 2007; Sebastián et al., 2007; Fobair & Spiegel, 2009; Vázquez-Ortiz et al., 2010; Fonseca, 2011).

Durante el período de tratamiento, son necesarias constantes adaptaciones, debido a las pérdidas y a los síntomas vividos por la paciente (Parkes, 1998; Lotti et al., 2008), haciendo evidente que la calidad de vida es importante en el tratamiento del cáncer de mama (Glanz & Lerman, 1992; Pimentel, 2006). En este sentido, parece importante destacar que los tratamientos han evolucionado notablemente en los últimos años, teniendo como consecuencia el prolongamiento de la vida de los enfermos. Sin embargo, el objetivo del tratamiento del cáncer ya no es sólo obtener la cura, sino también, minimizar la incidencia de complicaciones relacionadas con los tratamientos, potenciando una calidad de vida tan larga como sea posible. No obstante, la longevidad

en términos biomédicos ha dejado de ser considerada como la única medida de éxito en oncología, expandiéndose como parte integrante de los cuidados aspectos relacionados con la vertiente social, económica, psíquica, social y espiritual, en suma, con la calidad de vida de los enfermos (Pinto & Ribeiro, 2007). Algunos autores se cuestiona la *cantidad* de vida sin *cualidad* (Ribeiro, 2002; Patrão & Leal, 2004). Parece evidente que, a la par del aumento de los años de vida, se vuelve fundamental la consideración de la CV y de la adaptación psicosocial del enfermo oncológico a lo largo de la enfermedad (Kornblith, 1998). Es, pues, un concepto complementario al de cantidad de vida: *“no solo es importante que el paciente viva más, sino cómo va a ser esa vida”* (Etapé, 2002, p. 483). De acuerdo con ello, es crucial atender a las variables psicológicas que influyen el curso y/o son consecuencia de la enfermedad, con la finalidad de superar la visión dicotómica cuerpo-mente e incluir las dimensiones física, psíquica, social y espiritual inherentes al cáncer (Pinto & Ribeiro, 2007).

Aunque las diversas alteraciones físicas y psicosociales resultantes de los efectos colaterales de la terapéutica del cáncer de mama parecen interferir significativamente con la evaluación de la CV de las mujeres, varios estudios evidencian que las mujeres, en el transcurso del tratamiento, evalúan de forma satisfactoria su calidad de vida. Corroborando la afirmación anterior, Makar y cols. (1997), al estudiar las implicaciones de la enfermedad y tratamiento, concluyeron que la mayoría de las mujeres sometidas al tratamiento para el cáncer de mama (84,4%) consideraba su CV de muy buena a excelente. Van también en este sentido los resultados de otros estudios, principalmente realizados por Toledo y cols. (1996), Lopes y cols. (1999), Samico (2007) y Hack y cols. (2010). Un estudio realizado por Lopes (2004) apoya las conclusiones de trabajos anteriores, en los cuales las mujeres con cáncer de mama, que realizan diferentes tratamientos oncológicos, relatan una calidad de vida satisfactoria, revelando una CV y

una adaptación psicológica satisfactoria a la enfermedad y al tratamiento. Estas conclusiones parecen mostrar que, a pesar de que es necesario hacer algunos reajustes, los cuales traducen acciones adaptativas a la enfermedad, la fase de tratamiento del cáncer de mama no está necesariamente asociada a una calidad de vida precaria. También conviene destacar que, en algunos estudios, la calidad de vida mejora cuanto más tiempo ha pasado desde el diagnóstico (Akin et al., 2008), o desde que finalizó el tratamiento (Arraras et al., 2008). Tras una reflexión acerca de estas conclusiones, varios autores concluyeron que la *educación* sobre los efectos adversos del tratamiento, así como la presencia de *apoyo psicológico y emocional* durante todo el tratamiento, asentado en intervenciones psicosociales, tiene un efecto positivo en la calidad de vida de las pacientes (Goodman, 1989; Houston, 1997; Parkes, 1998; Lotti et al., 2008).

Otro aspecto determinante en la CVRS parecen ser las *creencias personales* y las *expectativas*, tanto del paciente como de la familia, en relación a los resultados que se van a obtener con la terapéutica, de ahí la importancia de evaluar la percepción que el enfermo tiene de su estado de salud y averiguar cuáles son sus expectativas (Stewart et al., 2001; Pimentel, 2003).

Son también relevantes los resultados de un estudio llevado a cabo por Hack y cols. (2010), que evidencia una reducción de la CV en mujeres con cáncer de mama que desempeñan un papel pasivo en la decisión del tratamiento a efectuar. Resultados opuestos fueron encontrados por Wildes y cols. (2011), que se verificó que una mayor satisfacción con el tratamiento realizado era predictor de mejor CVRS en la fase de tratamiento, así como en la fase de supervivencia (Revenson & Pranikoff, 2005; Andersen et al., 2009), evidenciando la importancia de un papel más activo de las mujeres en el *proceso de toma de decisiones en relación al tratamiento* a realizar

(Laborda & Torrubia, 1999; Estapé, 2002; Cruzado, 2003; Hack et al., 2006; Silva, 2010; Hack et al., 2010).

Otro estudio, conducido por Hewitt y cols. (2004), reveló que con la aproximación del fin del tratamiento, y a medida que la mujer comienza a *integrar cognitivamente su experiencia*, retomando sus rutinas habituales, se observa, generalmente, una mejoría progresiva de la CV, y una reducción significativa de las alteraciones emocionales.

Una investigación realizada por Schnoll y cols. (1998) mostró también que las estrategias de *coping* utilizadas por mujeres con cáncer de mama, en fase de tratamiento, funcionan como mediadoras de su calidad de vida (Whitrod, 1996). Así, de acuerdo con un estudio llevado a cabo por Silva y cols. (2011), el recurso a estrategias de *coping* cognitivas activas se asocian a una mejor CV global y psicológica, tras el diagnóstico y durante el tratamiento. Por el contrario, el recurso a estrategias de *coping* evitación se asocian a una peor CV, en todas las fases.

También conviene señalar que la búsqueda de apoyo social es el estilo de afrontamiento más utilizado por estas pacientes y su carencia es predictora de una pobre CV percibida en la fase de tratamiento (Lehto et al., 2005). Al revés, la percepción y la satisfacción con el apoyo social recibido se constituye como un factor importante en la recuperación de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de las enfermas. Según Ribeiro (1999, p.549) “...*el soporte social disponible es una dimensión cognitiva con un importante papel en la reducción del malestar...*”, causado, principalmente, por los efectos colaterales de la terapéutica. También, un estudio realizado por Moreira y cols. (2009) mostró que, de forma general, una adecuada estructura y dinámica familiar, así como una relación conyugal íntima, basada en la validación, comprensión y libre intercambio de emociones, sentimientos y preocupaciones, parece promover una mejor

CV de la mujer con cáncer de mama. Las relaciones son fundamentales para la calidad de vida de la paciente; destacando las relaciones con su cuerpo, consigo misma, con su familia, con los amigos próximos y con su comunidad (Weihs et al., 1999).

Podemos concluir que el modo en que la mujer reacciona ante el diagnóstico y lidia con los desafíos inherentes a la fase de tratamiento, así como la presencia y satisfacción con las fuentes de apoyo, sobre todo con el apoyo proporcionado por los más próximos, influyen de forma significativa en la evaluación que esta hace de su CV y, por consiguiente, en el proceso de adaptación a la enfermedad (Bloom et al., 1998).

3.5.2.2. Calidad de Vida en las Supervivientes de Cáncer de Mama

Las mujeres con historia de cáncer de mama constituyen el mayor grupo de estudios de supervivientes de cáncer (*National Cancer Institute*, 2006 cit. Pinto, 2007). Dada la magnitud del problema, y los resultados tan prometedores de las modalidades terapéuticas, el estudio de la CV y de la adaptación psicosocial de las supervivientes de cáncer de mama ha llegado a despertar el interés de muchos investigadores, convirtiéndose en una de las áreas más relevantes en la investigación actual (Rowland et al., 2000; Tomich & Helgeson, 2002; Michael et al., 2002; Kuhn & Dow, 2003; Sammarco, 2004; Bloom et al., 2004; Revenson & Pranikoff, 2005; Mols et al., 2005; Helgeson & Tomich, 2005; Bellizzi & Blank, 2006; Pimentel, 2006; Pinto & Ribeiro, 2006; Foley et al., 2006; Bloom et al., 2007; Meneses et al., 2007; Knobf, 2007; Thornton & Perez, 2007; Peuckmann et al., 2007; Owen et al., 2007; Moreira et al., 2008; Mols et al., 2009; Marcus et al., 2010; Sadler-Gerhardt et al., 2010; Wildes et al., 2011; Lu et al., 2012).

Los dominios de la calidad de vida estudiados en supervivientes de cáncer de mama incluyen, principalmente: el bienestar físico, psicológico, social y espiritual

(Ferrel et al., 1995; Ganz et al., 2002; Kessler, 2002; Kornblith et al., 2003; Kuhn & Dow, 2003; Sammarco, 2004; Arndt et al., 2004; Bloom et al., 2004; Knobf, 2007; Moreira et al., 2008; Mols et al., 2009; Ohsumi et al., 2009; Marcus et al., 2010; Sadler-Gerhardt et al., 2010; Wildes et al., 2011; Lu et al., 2012). Sin embargo, los resultados sobre la evaluación de la CV, en este grupo de supervivientes, son contradictorios, es decir mientras que unos estudios citan aspectos negativos predominantemente, otros enfatizan los positivos. A continuación se presentan algunos de esos estudios.

Según Silva y cols. (2011), las reacciones adversas inherentes al período de tratamiento son, en su mayoría, transitorias. Estudios transversales realizados en diferentes fases de la trayectoria de la enfermedad (Neyt & Albrecht, 2006) y, en particular, estudios longitudinales (Ganz et al., 1996; Bloom et al., 2004; Schou et al., 2005; Schroevers et al., 2006) muestran que, a medida que el tiempo va pasando y la mujer se va recuperando de los efectos secundarios de los tratamientos y, sobretodo, durante el período de supervivencia de la dolencia, la CV tiende a mejorar significativamente, equiparándose, en ocasiones, a la de mujeres saludables (Meyerowitz, et al., 1983; Ganz et al., 1998; Ganz et al., 2004; Helgeson & Tomich, 2005; Peuckmann et al., 2007; van der Steeg et al., 2008). De acuerdo con esto, una investigación llevada a cabo por Moreira y cols. (2009) concluye que la calidad de vida de las supervivientes es comparable a la de la población general (Ganz et al., 1998; Dorval et al., 1998; Sales et al., 2001; Kessler, 2002; Tomich & Helgeson, 2002; Bloom et al., 2004; Weiss, 2004; Helgeson & Tomich, 2005; Kornblith et al., 2007; Moreira et al., 2008; Gonçalves, 2010) o incluso superior (Ganz et al., 1998; Tomich & Helgeson, 2002; Peuckmann et al., 2007).

Los resultados de un estudio realizado por Pinto (2007), con supervivientes de varios tipos de cáncer, conteniendo, una amplia representación de supervivientes de

cáncer de mama, demostró que, en general, los supervivientes presentan una buena calidad de vida, destacando que las variables explicativas sociodemográficas y psicosociales predominan sobre las variables clínicas en la influencia de la CV (Sales et al., 2001; Bitsika et al., 2010). En este sentido, un estudio realizado por Mols y cols. (2005) verificó que un nivel socioeconómico elevado, así como niveles elevados de apoyo social, sobretudo el apoyo emocional por parte de la familia, protegen a la mujer de las implicaciones negativas del cáncer de mama en la CV, en la fase de supervivencia (Andrykowski et al., 2000; Reid-Arndt et al., 2010). Además, la existencia de relaciones íntimas y un grado de instrucción elevado (King et al., 2000; Peuckmann et al., 2007), así como la edad más avanzada en el momento del diagnóstico (Wenzer et al., 1999; King et al., 2000; Cimprich et al., 2002; Ganz et al., 2002; Vacek et al., 2003; Arndt et al., 2004; Vos et al., 2004; Avis et al., 2005; Clayton et al., 2006; Rebelo et al., 2007; Scheier et al., 2007; Kornblith et al., 2007; Pinto, 2007), pueden también funcionar como factores protectores del impacto negativo de la enfermedad en la CV de la mujer, aumentando su capacidad de resiliencia y/o de recuperación. También conviene señalar que se ha encontrado una asociación positiva entre calidad de vida y autoestima (Pedro, 2001), el autocontrol (Tomich & Helgeson, 2002) y la satisfacción con el cónyuge/compañero (Carver & Antoni, 2004). El apoyo social proporcionado por la familia y amigos, así como por los profesionales de la salud, por las asociaciones y por los grupos de apoyo y/o de autoayuda (Spiegel et al., 1983; Patrão & Leal, 2004; Tanis, 2007; Dumont & Provost, 1999 cit. Kim et al., 2010), parece contribuir a un buen funcionamiento social y, consecuentemente, a una mejor CV de las supervivientes (Sammarco, 2001; Lewis et al., 2001; Sammarco, 2003; Shields & Rousseau, 2004). En la misma línea de pensamiento, un estudio realizado por Tomich y Helgeson (2004) ha verificado que existen aspectos positivos identificados por estas mujeres, tras su

experiencia, y parecen estar relacionados, principalmente con: 1) cambios en las prioridades de la vida; 2) una mayor valoración e importancia atribuidas a las relaciones con la familia y con los amigos; y, 3) niveles superiores de perseverancia y tolerancia.

Los resultados de los estudios anteriormente citados muestran que, en la fase de supervivencia, la mayoría de los pacientes relatan una mejoría en su CV (Ganz et al., 2002); sin embargo, otras investigaciones informan de resultados diferentes, evidenciando la existencia de compromiso en algunas dimensiones de la calidad de vida de las mujeres supervivientes, incluso durante muchos años después del tratamiento, aunque este haya resultado exitoso (Cordova et al., 1995; Gotay & Muraoka, 1998; Holzner et al., 2001). La mayoría de estas investigaciones aboga que varios niveles de la calidad de vida pueden resultar afectados en la fase de supervivencia, desde el nivel físico, social, emocional, hasta a la imagen corporal y a la sexualidad de la mujer (Taylor et al., 2002), limitantes a largo plazo, lo cual se asocia con una peor CV (Casso et al., 2004). Una revisión bibliográfica realizada por Gotay y Muraocka (1998) verifica que un considerable número de supervivientes continúa sintiendo las consecuencias negativas del cáncer y del tratamiento en su vida diaria, incluso después de haber finalizado el tratamiento de un modo eficaz. Conviene destacar que la *fatiga* persistente es uno de los efectos colaterales más frecuentes descritos por las supervivientes, asociándose a menor CVRS (Irvine et al., 1994 cit. Bower et al., 2000; Servaes et al., 2002; Kuhn & Dow, 2003; Banthia et al., 2009; Reid-Arndt et al., 2010) y, naturalmente, la capacidad de trabajo reducida (Ganz et al., 1996; King et al., 2000; Ganz et al., 2002; Helgeson & Tomich, 2005; Schroevers et al., 2006).

Varios estudios señalan que los problemas con la *imagen corporal* y con el *funcionamiento sexual* son relativamente frecuentes, sobre todo en las supervivientes, (Thors et al., 2001; Gomes et al., 2002; Petronis et al., 2003), así como el desinterés y/o

insatisfacción en las relaciones sexuales; alteraciones que pueden persistir durante meses o incluso años, tras el tratamiento (Ganz et al., 1996; Rowland et al., 1996 cit. Weihs et al., 1999; Ganz et al., 1998; King et al., 2000; Thors et al., 2001; Ganz et al., 2002; Kornblith et al., 2003; Bloom et al., 2004; Katz, 2005; Helgeson & Tomich, 2005; Schroevers et al., 2006; Carver et al., 2006).

La fase de supervivencia puede también acarrear el aumento de la morbilidad psicológica (Perez & Galdón, 2002; Ramos & Patrão, 2005). En diversos trabajos se señala que la prevalencia de distrés psicológico varía entre un 23% y un 47% (Kaasa et al., 1993 cit. Perez & Galdón, 2002) y, aunque la mayoría de los investigadores se han centrado en la presencia de alteraciones emocionales, tales como los trastornos de ansiedad y depresivos (Massie & Popkin, 1998 cit. Perez & Galdón, 2002), en los últimos años, otros han planteado que el incremento de la morbilidad psicológica puede ser el resultado de las reacciones postraumáticas agudas a la enfermedad y su tratamiento. Además, el miedo de recurrencia es casi universal y causa un sufrimiento significativo, comprometiendo la calidad de vida de las supervivientes (Gray et al., 1998 cit. Allen et al., 2009).

Conviene destacar también, que los cambios significativos que las mujeres sufren durante la transición de la fase de tratamiento a la fase de supervivencia, merecen un análisis en profundidad, dado que varios estudios muestran que las mujeres que relatan niveles elevados de estrés, al inicio de este período de transición, tienden a ver disminuida, a largo plazo, su adaptación a la enfermedad (Schag et al., 1993 cit. Allen et al., 2009). No obstante, si las secuelas inherentes a este período de transición no son debidamente detectadas y tratadas a tiempo, pueden transformarse en obstáculos en la vida diaria de la mujer que se encuentra en fase de supervivencia, pudiendo comprometer su CV (Ferrell et al., 1996). De esta forma, una intervención psicosocial

eficaz, puede minimizar el impacto negativo de la transición del papel de “enfermo” a “superviviente de cáncer de mama” e, incluso, ser predictiva de una buena calidad de vida, conduciendo a una mejor adaptación psicosocial al cáncer (Kuhn & Dow, 2003; Knopf, 2007; Gonçalves, 2010; Silva, 2010; Reid-Arndt et al., 2010).

3.5.3. Calidad de Vida y Adaptación Psicosocial al Cáncer de Mama

Actualmente, muchos investigadores se han dedicado al estudio de la calidad de vida y de la adaptación psicosocial de la mujer al cáncer de mama (Cordova et al., 2001; Ribeiro, 2002; Sears et al., 2003; Bardwell et al., 2004; Helgeson & Tomich, 2005; Pimentel, 2006; Kornblith et al., 2007; Cordova et al., 2007; Boot et al., 2010; Wildes et al., 2011; Lu et al., 2012). Aunque la mayoría de los resultados se haya centrado en la fase inicial de la enfermedad, principalmente en las reacciones psicológicas asociadas al diagnóstico y tratamiento y sus repercusiones en la CV de las enfermas (Dow et al., 1996; Holzner et al., 2001; Hewitt et al., 2004), en los últimos años, se ha prestado una mayor atención al período de supervivencia, así como a las respuestas adaptativas asociadas (Tomich & Helgeson, 2002; Pinto & Ribeiro, 2007; Pinto, 2007; Knopf, 2007; Moreira et al., 2009; Marcus et al., 2010; Sadler-Gerhardt et al., 2010; Wildes et al., 2011; Lu et al., 2012).

El interés creciente por esta temática se debe, sobre todo, al hecho de que el cáncer de mama es una experiencia adversa y potencialmente traumática (Moreira et al., 2008), que puede influir en múltiples aspectos de la adaptación psicológica de la mujer, incluyendo principalmente su funcionamiento físico, emocional y social, su imagen corporal y su sexualidad (Verosi et al., 2005; Thornton & Pérez, 2007). Actualmente se utiliza la expresión “*respuesta adaptativa al cáncer*” como un concepto integrador, caracterizado por un activo proceso psicosocial, que realiza la persona en sentido positivo (Costa & Ballester, 2010). La respuesta adaptativa al cáncer se enmarca en un

modelo psicosocial que enfatiza el contexto social de la experiencia personal ante la enfermedad oncológica (Brennan, 2001), constituyéndose la CV como un importante predictor de esta respuesta adaptativa.

Aunque el proceso de adaptación psicosocial pueda variar de acuerdo con las características de la propia enferma, de la enfermedad y de la trayectoria de la enfermedad (Hewitt et al., 2004), la mayoría de las investigaciones evidencia que la mayor parte de las mujeres es resiliente (Massie & Shakin, 1993 cit. Moreira et al., 2008), o sea, consigue adaptarse al diagnóstico, lidiar adecuadamente con las exigencias impuestas, así como con los desafíos que la fase de supervivencia, frecuentemente, les impone (Ganz et al., 1996; Ganz et al., 2004; Helgeson & Tomich, 2005; Knopf, 2007; Peuckmann et al., 2007; van der Steeg, et al., 2008; Moreira et al., 2008; Moreira et al., 2009; Gonçalves, 2010). Cabe destacar, que a pesar de que el cáncer de mama es un acontecimiento adverso, las mujeres tienden a revelar un patrón de funcionamiento psicosocial normal, indicador de su capacidad de resiliencia, por lo menos en algunas áreas de funcionamiento (Rowland & Baker, 2005; Knopf, 2007; Silva et al., 2011). En este sentido, conviene reseñar que el cáncer de mama compromete algunas áreas de la CV de la mujer, principalmente: físico, sexual, social e interpersonal, autoimagen corporal y autoestima y percepción de su salud en general; alteraciones que se traducen en un deterioro de su CV (Holzner et al., 2001), pudiendo condicionar la adaptación psicológica (Ribeiro, 2002; Lehto et al., 2005; Pimentel, 2006).

Sin embargo, las investigaciones que se inclinan sobre el impacto en las diferentes fases de la trayectoria de la enfermedad, con el propósito de conocer las repercusiones negativas en la calidad de vida de las pacientes, demostraron que la mayoría de esas alteraciones son transitorias, sin que la CV quede permanentemente comprometida (Dorval et al., 1998). En este sentido, una investigación llevada a cabo

por Neyt y Albrecht (2006) concluyó que la calidad de vida mejora a lo largo del recorrido clínico de la enfermedad, sobre todo en la fase de supervivencia. Parece importante destacar que estas alteraciones tienden a manifestarse de forma más severa en las fases iniciales de la enfermedad, en las fases de diagnóstico y tratamiento, disminuyendo significativamente en el período en que la mujer no presenta señales de afección, (Silva et al., 2011).

De este modo, también el tiempo tiene un papel fundamental en la CV y en el proceso de adaptación de la mujer al cáncer de mama. Una investigación llevada a cabo por Bloom y cols. (2004) concluye que, cinco años tras el diagnóstico, el 92% de las supervivientes que permanecieron libres del cáncer evaluaban su salud como buena o excelente, tanto a nivel físico como mental, y relataban mejorías en su calidad de vida global. Así, el número de años transcurridos desde el diagnóstico es importante, pues el paso del tiempo, puede reflejar un distanciamiento de la memoria del estrés inicial (Kornblith et al., 2003; Dausch et al., 2004; Gonçalves, 2010).

Dicho esto, el diagnóstico de cáncer representa un acontecimiento de vida catastrófico para la mayoría de los individuos, teniendo un fuerte impacto en su CV (Pereira & Lopes, 2005). La experiencia de cáncer requiere una sustancial adaptación a los cambios interpersonales, sociales y ambientales, y exige formas particulares de reeducación que obligan al aprendizaje de un nuevo estilo de vida, necesitando de control periódico, de observaciones y tratamiento regulares (Giovanni et al., 1991 cit. Ribeiro, 1998; Pereira & Lopes, 2005). De este modo, tras la terapéutica realizada, asume un papel preponderante la percepción de calidad de vida, reflejado en su salud física, psicológica y social y, consecuentemente en su adaptación psicosocial a la enfermedad (Hoskins et al., 1996; McCaul et al., 1999; Kissane et al., 1997 cit. Rodríguez, 1999; Cohen et al., 2000; Estapé, 2002; Letho et al., 2005; Wong-King &

Bloom, 2005; Ramos & Patrão, 2005), el fin de los tratamientos se describe frecuentemente como un período difícil, en el que surgen sentimientos de desprotección, ansiedad, depresión, incertidumbre o vulnerabilidad. Estas alteraciones surgen por varios factores, principalmente, por la menor proximidad al equipo médico, dado que las consultas médicas se van espaciando, a medida que el tiempo de supervivencia aumenta, lo que puede suscitar sentimientos de inseguridad en las (Allen et al., 2009; Silva, 2010).

Existen estudios que muestran que las mujeres relatan niveles elevados de estrés en el período de transición de “enfermo” a “superviviente de cáncer” (Schag et al., 1993 cit. Allen et al., 2009). Corroborando la idea anterior, un estudio realizado por Navarro y cols. (2010) muestra la necesidad de ofrecer a los pacientes oncológicos supervivientes una atención continuada donde el estilo de comunicación se centre en las necesidades referidas, para así, estimular los recursos personales y ayudarles a afrontar los problemas biopsicosociales derivados de la enfermedad.

Numerosas investigaciones han demostrado una relación entre las estrategias de *coping*, la calidad de vida y la adaptación psicosocial de las mujeres con cáncer de mama (Kershaw et al., 2004; Avis et al., 2005; Danhauer et al., 2009). Al delimitar los factores que diferencian una respuesta adaptativa a la enfermedad oncológica, el estilo activo de afrontamiento y el apoyo social percibido pueden funcionar como protectores o favorecer una respuesta favorable durante la enfermedad, mostrándose predictores significativos de la CVRS (Filazoglu & Griva, 2008; Costa & Ballester, 2010). De este modo, las estrategias de afrontamiento caracterizadas por la evitación y aceptación de la enfermedad con resignación, además de un bajo apoyo social percibido, son predictores de una baja CV y de una pobre adaptación a la enfermedad (Rodríguez et al., 1994; Grassi et al., 2004; Avis et al., 2005). En otros estudios, los estilos de afrontamiento

como desesperanza, fatalismo y preocupación ansiosa son los que se asocian significativamente con la psicopatología (Lazarus & Folkman, 1984; Ferrero et al., 1994; Stanton et al., 2000; Grassi et al., 2004; Avis et al., 2005); mientras la dimensión espíritu de lucha se correlaciona con menor malestar emocional, mejor CV y mayor adaptación psicológica a la enfermedad (Ferrero et al., 1994; Akechi et al., 1998; Ribeiro et al., 2003). Diversas investigaciones indican que el *coping* basado en la resolución de problemas, en la búsqueda de información, en la reestructuración cognitiva y en la ventilación emocional (verbalización de emociones y sentimientos) están asociados positivamente con la CVRS (Kershaw et al., 2004; Avis et al., 2005; Manuel et al., 2007; Danhaeur et al., 2009); mientras que la utilización de la estrategia de *coping* evitación cognitiva, es decir los pensamientos o comportamientos de negación, autocrítica, retraimiento social están inversamente asociadas con la CVRS (Carver et al., 1993; Koopman et al., 2001; Schou et al., 2005).

Un estudio realizado por Danhauer y cols. (2009) revela que la reestructuración cognitiva positiva fue la estrategia más utilizada a lo largo de la trayectoria de la enfermedad; sin embargo, el uso de búsqueda de soporte social y la necesidad de adaptarse a los cambios disminuye a lo largo del tiempo, siendo estas estrategias indicadoras de una mejor calidad de vida.

Otro aspecto relevante en el proceso de adaptación psicosocial al cáncer de mama está relacionado con el significado atribuido por la mujer a su imagen corporal. De acuerdo con Pikler y Winterowd (2003), mujeres con una buena percepción de su imagen corporal presentan niveles más elevados de autoconfianza en el combate a la enfermedad y una mejor adhesión a los tratamientos, constatándose que cuanto mejor es la imagen corporal de la mujer, mejor es su adaptación psicosocial a la enfermedad. De acuerdo con esto, Weihs y cols. (1999) consideran que la adaptación de la mujer al

cáncer de mama se ve influido por sus concepciones y creencias acerca de su imagen corporal y de su sexualidad, aunque también por las creencias de los más próximos y de la sociedad y sus ideales y femineidad asociados al seno femenino (Die Trill & Die Goyanes, 2003; Avis et al., 2004; Wong-Kim & Bloom, 2005; Fobair et al., 2006; Montazeri, 2008; Moreira et al., 2008; Saurel et al., 2010; Duarte, 2010; Vázquez-Ortiz et al., 2010; Oudsten et al., 2010; Silva et al., 2011; Fonseca, 2011). En este sentido, una investigación realizada por Moreira y cols. (2010) destacó la importancia de alertar a los profesionales de la salud para que hablen con sus pacientes sobre las repercusiones en la apariencia tras la intervención quirúrgica, considerando sus miedos y preocupaciones, para estimularlas a implementar comportamientos destinados a mejorar o mantener su identidad e integridad física, atractividad, autoimagen, funcionamiento sexual, para ayudar a la mujer a integrar su nueva imagen (Patrão, 2007). Teniendo en cuenta los resultados de estos estudios, se recomienda que la intervención quirúrgica de paso a futuras cirugías cosméticas, dado que según Weihs y cols. (1999), la reconstrucción mamaria devuelve a la mujer una sensación de integridad corporal que beneficia y contribuye significativamente a su adaptación. Corroborando la idea anterior, también Reich y Remor (2011) señalan que tras la cirugía, la reconstrucción mamaria se encuentra asociada a niveles significativamente menores de estrés percibido, síntomas depresivos y a una mejor CV en mujeres con cáncer de mama.

Al mismo tiempo, Vázquez-Ortiz y cols (2010) defienden las innumerables ventajas de las intervenciones psicoterapéuticas, individuales y/o grupales, donde se aborda de forma general la adaptación psicológica al cáncer de mama (Compas & Luecken, 2002; Bellver, 2007; Arving et al., 2007).

4. ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA.
ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO

4. ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA. ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO

Hemos asistido, en los últimos años, a un aumento sustancial en el interés y, naturalmente, en la producción científica acerca de la enfermedad oncológica y, específicamente, acerca del cáncer de mama. Con el objetivo de verificar el estado actual del problema relativo a la temática de la presente investigación, se ha realizado una amplia y rigurosa búsqueda bibliográfica en varias bibliotecas nacionales e internacionales, así como, en varios motores de búsqueda a través de la consulta de diferentes bases de datos (PsycINFO; PsycARTICLES, y Medline – Literatura Internacional en ciencias de la salud/ PubMed – Public Medical), con la intención de acceder a los trabajos científicos publicados hasta la fecha y, utilizando como límites, diferentes descriptores en función de las variables que queríamos analizar.

Por medio de la plataforma Pubmed, un motor de búsqueda de la *US National Library of Medicine*, obtuvimos acceso a la literatura biomédica universal, a través del acceso a revistas científicas de diversas áreas del saber, tales como, medicina, oncología médica, psicología y psicooncología. Algunas revistas y periódicos científicos en los que realizamos la búsqueda bibliométrica son: *Cancer; Journal of the American Cancer Society; European Journal of Cancer; Psychooncology; Quality of Life Research; The Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice; Health Psychology; Women's Health Medicine; Support Care Cancer; Online Cancer Support Groups*.

Cabe destacar, que el análisis bibliométrico se realizó en dos momentos distintos. El primero, coincidió con la planificación de esta investigación y permitió ver el estado y de la productividad científica del tema de estudio, auxiliándonos en la realización de un diseño de investigación más adecuado. Posteriormente, en julio de 2012, se realizó una nueva búsqueda bibliométrica y, por lo tanto más actualizada, que se presenta a continuación. Ésta fue realizada a través de Pubmed, sin utilizar límites

temporales. Para eso, realizamos sucesivas búsquedas variando las palabras clave (MeHS) en función de las diferentes variables estudiadas, acotando todas ellas con los siguientes límites: “*women breast cancer*”, para obtener así los datos en relación a la población que pretendíamos estudiar – mujeres con cáncer de mama – encontrando 47061 resultados acerca de este tema.

A continuación, y de acuerdo con los dos grupos de estudio que constituyen nuestra muestra, realizamos la búsqueda en relación a las dos fases de la trayectoria del cáncer de mama, la fase de tratamiento y la fase de supervivencia, introduciendo como palabras clave “*women breast cancer and treatment*” y “*women breast cancer and survival*”, encontrándose 29058 y 11847 resultados, respectivamente.

De acuerdo con la temática principal, realizamos la búsqueda en relación al impacto psicosocial de la fase de tratamiento y de la fase de supervivencia en la mujer con cáncer de mama, introduciendo las palabras clave “*women breast cancer and psychosocial impact*”, y “*women breast cancer and psychosocial adaptation*”, encontrando 245 y 260 resultados, respectivamente.

En cuanto a las variables psicosociales estudiadas (calidad de vida, estrategias de *coping* y satisfacción con el apoyo social), realizamos la búsqueda utilizando, como límites conceptuales, diferentes descriptores, a partir de las siguientes palabras clave: “*women breast cancer and quality of life*”, “*women breast cancer and coping*” y “*women breast cancer and social support*”, encontrando 2707, 1303 y 2064 resultados, respectivamente. Cuando asociamos las tres variables psicosociales y la población en estudio, utilizando como palabra clave “*women breast cancer and quality of life and coping strategies and social support*”, encontramos 25 resultados acerca de esta temática.

Para ver cómo ha ido evolucionando la productividad a lo largo del tiempo, analizamos el número de publicaciones por año, hasta el año 2011, dado que el año 2012 aún no había concluido en el momento de la búsqueda. Como podemos observar, a través de las figuras 1 y 2, el número de trabajos científicos publicados sobre el impacto psicosocial del cáncer de mama en las mujeres, así como, sobre la adaptación psicosocial al cáncer de mama, ha aumentado a lo largo de los tiempos, observándose en ambos casos, un pico en el año 2007, reflejando la importancia atribuida por la comunidad científica a estas temáticas, en la última década.

Fig. 1. Productividad anual (mujeres con cáncer de mama e impacto psicosocial)

Fig. 2. Productividad anual (mujeres con cáncer de mama y adaptación psicosocial)

En cuanto a la productividad anual, con respecto a los estudios realizado a cerca de las tres variables psicosociales: calidad de vida, estrategias de *coping* y soporte social y el cáncer de mama femenino, se verifica que el número de trabajos científicos publicados también ha aumentado a lo largo de los tiempos. En las figuras siguientes, podemos observar que en lo que concierne a la calidad de vida, las publicaciones siempre han tendido a aumentar (Fig. 3), en relación a las estrategias de *coping* (Fig. 4) y al apoyo social (Fig. 5), este aumento también se verifica, sin embargo, se observa un pico de productividad sobre estrategias de afrontamiento en el año 2007 y, una ligera reducción, en los años siguientes.

Fig. 3. Productividad anual (mujeres con cáncer de mama y calidad de vida)

Fig. 4. Productividad anual (mujeres con cáncer de mama y estrategias de *coping*)

Fig. 5. Productividad anual (mujeres con cáncer de mama y apoyo social)

Cuando asociamos las tres variables psicosociales (calidad de vida, estrategias de *coping* y apoyo social) y la población en estudio (mujeres con cáncer de mama), verificamos que son aún pocos los estudios que asocian estas variables, verificándose la existencia de publicaciones científicas sólo a partir del año 2001; sin embargo, su productividad anual se mantuvo en una fase ascendente desde ese año, destacándose un pico de productividad en el año 2009 y, un descenso acentuado en el año 2011 (Fig. 6).

Fig. 6. Productividad anual (mujeres con cáncer de mama y calidad de vida, estrategias de *coping* y soporte social)

El idioma de la mayoría de las publicaciones científicas relativas al impacto y a la adaptación psicosocial al cáncer de mama es el inglés, como se puede observar en las siguientes figuras (Fig. 7 y 8).

Fig. 7. Idioma de las publicaciones (mujeres con cáncer de mama e impacto psicosocial)

Fig. 8. Idioma de las publicaciones (mujeres con cáncer de mama y adaptación psicosocial)

Posteriormente, analizamos qué autores (primer firmante), a lo largo de todo este tiempo, han sido los más productivos, ofreciendo una mayor contribución a la temática del impacto y de la adaptación psicosocial al cáncer de mama (Fig. 9 y 10), así como al estudio del cáncer de mama y de las siguientes variables psicosociales: calidad de vida (Fig. 11), estrategias de *coping* (Fig. 12) y apoyo social (Fig. 13). En este ámbito, parece importante destacar las publicaciones realizadas por P. Ganz (con un total de 47 publicaciones); L. Northouse (con un total 25 publicaciones); S. Manne (con un total de 20 publicaciones); L. Fallowfield (con un total de 17 publicaciones); M. Andrykowski (con un total de 14 publicaciones) y J. Bloom (con un total de 7 publicaciones), como se puede ver en las figuras siguientes.

Fig. 9. Productividad por autores (mujeres con cáncer de mama e impacto psicosocial)

Fig. 10. Productividad por autores (mujeres con cáncer de mama y adaptación psicosocial)

Fig. 11. Productividad por autores (mujeres con cáncer de mama y calidad de vida)

Fig. 12. Productividad por autores (mujeres con cáncer de mama y estrategias de *coping*)

Fig. 13. Productividad por autores (mujeres con cáncer de mama y apoyo social)

A continuación, presentamos los resultados de la productividad por autores cuando asociamos la población en estudio (mujeres con cáncer de mama) y las tres variables psicosociales - calidad de vida, *coping* y apoyo social (Fig. 14).

Fig. 14. Productividad por autores (mujeres con cáncer de mama y calidad de vida, estrategias de *coping*, apoyo social)

Al analizar la productividad por revistas verificamos que la mayoría pertenecen a campos especializados relacionados con la oncología médica, la psicología de la salud y la psicología, como cabría esperar dados los descriptores introducidos (“*women breast cancer and psychosocial impact*” e “*women breast cancer and psychosocial adaptation*”). En las figuras 15 y 16 se muestran las revistas más productivas hasta la actualidad, representando también el número de publicaciones de cada una con nuestras palabras clave. Conviene destacar la superioridad al nivel de la productividad de la revista “*Psychooncology*”.

Fig. 15. Productividad por revistas (mujeres con cáncer de mama e impacto psicosocial)

Fig. 16. Productividad por revistas (mujeres con cáncer de mama y adaptación psicosocial)

A continuación, en las figuras 17, 18 y 19 se muestran las revistas más productivas hasta la actualidad, representando el número de publicaciones de cada una de ellas con nuestras palabras clave: “*womem breast cancer and quality of life*”, “*womem breast cancer and coping*” y “*womem breast cancer and social support*”, respectivamente.

Fig. 17. Productividad por revistas (mujeres con cáncer de mama y calidad de vida)

Fig. 18. Productividad por revistas (mujeres con cáncer de mama y estrategias de coping)

Fig. 19. Productividad por revistas (mujeres con cáncer de mama y apoyo social)

Conviene señalar que las publicaciones más productivas relacionadas con la temática del cáncer de mama y la calidad de vida son la *Breast Cancer Research and Treatment*, seguida por la *Oncology Nursing Forum*, sucediéndose la *Psychooncology*.

En lo que respecta a las publicaciones acerca de las estrategias de *coping* utilizadas por las mujeres con cáncer de mama, destacan como más productivas las siguientes revistas: *Psychooncology*, *Cancer* y *Journal of Psychosocial Oncology*.

En cuanto a las publicaciones referentes al apoyo social de mujeres con cáncer de mama, las revistas con mayor representatividad al nivel de la publicación acerca de esta temática son la *Psychooncology*, seguida inmediatamente por el *Journal of Psychosocial Oncology*, tras el que viene el *Oncology Nursing Forum*.

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5. OBJETIVO E HIPÓTESIS

El presente estudio tiene como principal objetivo investigar el proceso de adaptación psicosocial al cáncer de la mama en una muestra de mujeres portuguesas, específicamente en dos fases distintas del proceso de enfermedad - la fase de tratamiento y la fase de supervivencia.

Para cumplir el objetivo y en base a la revisión de la literatura, delineamos las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1:

Existen diferencias entre los dos grupos de estudio (fase de tratamiento y fase de supervivencia) a nivel de las variables psicosociales - estrategias de afrontamiento, satisfacción con el apoyo social y calidad de vida.

Hipótesis 2:

Las mujeres que emplean estrategias activas de afrontamiento tienen una mejor calidad de vida tanto en fase de tratamiento como en fase de supervivencia.

Hipótesis 3:

La satisfacción con el apoyo social en mujeres tanto en fase de tratamiento como en fase de supervivencia incide sobre la calidad de vida, a mayor satisfacción mejor calidad de vida.

Hipótesis 4:

Las mujeres que presentan una mayor satisfacción con el apoyo social utilizan estrategias activas de afrontamiento en ambos grupos de estudio.

6. MATERIAL Y MÉTODO

6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1. Muestra

6.1.1. Criterios de inclusión y procedimiento

La muestra esta compuesta por 278 mujeres con cáncer de mama. Debido a los objetivos del estudio anteriormente anunciados, se consideraron los siguientes criterios de inclusión en muestra:

1. Ser mujer;
2. Mayor de 18 años;
3. Tener un diagnóstico de cáncer de mama;
4. Participar de forma voluntaria en el estudio;
5. Ser portugués;
6. Tener conocimiento de las nuevas tecnologías de información y comunicación –*Internet* y de las redes sociales;
7. Ser miembro de una asociación, grupo de apoyo o de autoayuda en la red social *Facebook*.

Los sujetos que cumplían los criterios de inclusión entraban en el estudio. Los criterios de inclusión en la muestra que se han considerado muestran la relación de la mujer con las nuevas tecnologías de información y comunicación (criterios de inclusión 6 y 7), dado que, en realidad, el advenimiento de Internet ha provocado alteraciones sustanciales en la ciencia y en la actividad cotidiana de los investigadores, entre ellas, en el procedimiento de recogida de datos (Reips, 2008). Asistimos, actualmente, a una nueva revolución, en esta ocasión, protagonizada por la investigación basada y conducida a través de Internet (Mann & Stewart, 2000; Mush & Reips, 2000;

Dochartaigh & Sleeman, 2007; Barak & Hen, 2008; Reips, 2008; Markham & Baym, 2009). En esta línea de pensamiento, y siguiendo a Baym y Markham (2009 cit. Santos, 2009), consideramos que Internet es como una de las marcas de la época en la que vivimos y asumiendo por *búsqueda mediada por ordenador*, el estudio de múltiples significados y experiencias que emergen en un contexto particular de Internet (Mann & Stewart, 2000). En el contexto de la presente investigación, optamos a la recogida de datos *online*, a través de un protocolo de investigación delineado para ello.

Como cualquier otro tipo de estudio relacionado con los seres humanos, los estudios, cuya recogida de muestra sea mediada por ordenador, requieren una atención cuidada con respecto a cuestiones éticas y de dignidad humana. Conscientes de esta realidad, intentamos que el procedimiento siguiese todos los criterios éticos.

En un primer momento se llevó a cabo una detallada y pormenorizada búsqueda de asociaciones, de grupos de apoyo y de de autoayuda disponibles en Portugal, que se destinan especialmente al apoyo al enfermo oncológico y al apoyo a mujeres con cáncer de mama, sus familiares y amigos, disponibles en el contexto *online* y, exclusivamente, en la red social *Facebook*.

Después de haber identificado las asociaciones, grupos de apoyo y de autoayuda, se pusieron a disposición *online*, a través de la red social *Facebook*, y únicamente en páginas de asociaciones y de grupos fiables y de renombre portugueses asociados a la lucha contra el cáncer en general, principalmente, el *Instituto Português de Oncologia* y la *Liga Portuguesa Contra o Cancro* y, asociados a la lucha contra el cáncer de mama, en particular (principalmente, la *Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama*, *Mama Help*, *Projecto Luz*, *Rosa Esperança*, *Eu e o Cancro*, *Sobrevivi ao Cancro*, *Viver e Vencer*, entre otros) y, tras la autorización de los responsables de la administración/gestión de la página *online* de *Facebook*, tal como

sugiere Reips (2007). La autorización fue solicitada a través de un mensaje privado publicado en *Facebook*, explicando el ámbito del presente estudio. Este procedimiento tuvo como objetivo, por un lado, obtener permiso para realizar la investigación, contando con la colaboración de los miembros de las asociaciones, grupos de apoyo y de autoayuda, y por otro, disminuir el riesgo de no saber quién responde al protocolo de investigación, dado que nos movemos en un contexto *online*.

Una vez concedida la autorización para la divulgación de la investigación en los respectivos grupos *online*, se escribió el siguiente mensaje en los muros: “*Si eres MUJER y tienes o has tenido CÁNCER DE MAMA, participa en este estudio. Su testimonio es fundamental, confidencial y enriquecerá la investigación, las prácticas y los cuidados prestados en el área de la psicooncología*”. Este mensaje iba acompañado de un enlace y de una imagen apelativa e ilustrativa de la lucha contra el cáncer de mama, permitiendo que los miembros de los diversos grupos accediesen y respondiesen voluntariamente al protocolo de investigación, a través del mencionado enlace.

Después de acceder al enlace, las participantes se encontraban con el portal del protocolo de investigación, donde constaba el título del trabajo de investigación y el texto de presentación, se aclaraba la intención del trabajo, la naturaleza, los objetivos, los procedimientos y se expresaba el compromiso relacionado con la privacidad y la confidencialidad de los datos recogidos, así como la devolución de los resultados tras la conclusión del estudio. Finalmente, se agradecía, desde el primer momento, la contribución de las participantes en la investigación.

A continuación, las participantes cumplimentaban el protocolo de investigación, elaborando a partir del programa *GoogleDocs* (programa cuyo propósito es crear y editar documentos *online*) y a medida que las participantes respondían al protocolo de

investigación, los datos se iban transfiriendo y almacenando en la base de datos de *GoogleDocs*.

Cabe destacar que la recogida de la muestra fue realizada en un período de ocho meses, entre julio de 2011 y febrero de 2012, durante este período de tiempo, se intercambiaron innumerables mensajes de carácter público entre los miembros de los diferentes grupos y la dinámica de funcionamiento de los mismos, constituyendo esta observación no participante en un aspecto extraordinariamente enriquecedor para la realización de la presente investigación.

La elección del contexto *online* para el proceso de recogida de muestra del presente estudio fue la opción inicial, por los siguientes motivos: 1) *Grado de innovación científica* (en la búsqueda bibliográfica en la base de datos *Pubmed* se encontraron tan sólo dos estudios, utilizando este mismo proceso de recogida de datos (Skeels et al., 2010; Bender et al., 2011); 2) *Grado de innovación tecnológica* (para ir al encuentro de nuevas tecnologías de información y comunicación y a la realidad de los medios *online*, dada la importancia que el ciberespacio y las comunidades virtuales tienen, hoy en día, en la vida de las personas); 3) *Constatación del éxito de otros estudios* que utilizaron metodologías de recogida de datos semejantes (Yélamos et al., 2007; Santos, 2009); 4) La *facilidad de acceso* a un número amplio de participantes, sociodemográfica y culturalmente diversos (Reips, 2000, 2002); 5) La posibilidad de que la muestra sea de mujeres que residen en los 18 distritos y en las dos regiones autónomas de Portugal; 6) La reducción de la tendencia de las participantes a responder de acuerdo con la *deseabilidad social* (Booth-Kewley et al., 1992); 7) El *anonimato*, la *confidencialidad* y la *privacidad*, que animan a la *autenticidad* y a la *honestidad* de las respuestas, dado que se evitan ciertos constreñimientos motivados por la presencia de un investigador (Santos, 2009); 7). La *disponibilidad* y la *comodidad* en las respuestas,

debido a la mayor facilidad en la gestión de cuestiones logísticas asociadas a los encuentros entre investigador y participante (por ejemplo día, hora y lugar de encuentro) y a la economía de recursos (por ejemplo, espacio, tiempo, dinero) (Reips, 2002); 8) La *rapidez y la facilidad en la cumplimentación del protocolo de investigación* y, por eso, adecuado al contexto de recogida de la muestra *online*; 9) La *validación de todas las respuestas* a los cuestionarios, dado que todos los cuestionarios enviados estaban debidamente cumplimentados. Ningún cuestionario fue invalidado, dado que el programa *GoogleDocs* no permite que haya, por ejemplo, “*no respuestas*”, evitando que se invaliden protocolos de investigación; y, 10) La *objetividad* conseguida en las respuestas, dado que el protocolo de investigación está constituido por cuestiones de respuesta cerrada, en las cuales las participantes sólo seleccionan una opción (de entre las presentadas), que más se adecua a su opinión, no permitiendo la divagación sobre aspectos que podrían extrapolar el ámbito de nuestra investigación.

Es importante aclarar, sin embargo, que la conducción de una investigación a través de *Internet*, incluye ventajas y desventajas.

A pesar de las ventajas anteriormente citadas, y, si pensamos a escala global, el acceso a un ordenador con conexión a *Internet* y el dominio de las nuevas tecnologías de información y comunicación está lejos de formar parte del día a día de la mayor parte de la población, por lo que los eventuales participantes en estudios *online* componen, por regla general, una población diferenciada en términos culturales (Santos, 2009), con este procedimiento se pierde también la belleza de la entrevista cara a cara, así como, la preciosa información acerca del comportamiento no-verbal de las participantes en el transcurso de la recogida de la muestra.

6.2. Batería de Instrumentos

La selección de la batería de instrumentos utilizada en este estudio tuvo en cuenta tres factores principales, a saber: 1) las *características de la muestra*; 2) las *variables de estudio*, teniendo en cuenta la adecuación de los varios instrumentos para la evaluación de estas variables y, por consiguiente, la concretización del objetivo de estudio; y 3) las *garantías psicométricas de los instrumentos de evaluación*, eligiendo tests que ya habían sido validados a nivel nacional e internacional. Cabe destacar que todos los instrumentos administrados estaban traducidos a la lengua portuguesa, y que todos habían sido ya utilizados en estudios realizados con muestras oncológicas.

De este modo, elegimos los siguientes instrumentos de evaluación:

- Entrevista semiestructurada;
- Escala Reducida de Ajuste al cáncer (Mini-MAC) (Watson et al., 1994 - versión portuguesa de Ribeiro et al., 2003);
- Escala de Satisfação com o Superte Social (ESSS) (Ribeiro, 1999);
- Quality of Life Questionnaire-cancer European Organization for research and treatment of cancer (EORTC QLQ-C30, v. 3.0) (EORTC, 2001).

6.2.1. Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada se elaboró, específicamente para esta investigación, teniendo como base la búsqueda bibliográfica efectuada acerca de la temática en estudio (Weis & Weis, 1997; Holland & Lewis, 2001), y en ella se recogían datos *sociodemográficos y clínicos*, como la edad, el estado civil, el número de elementos del agregado familiar, el número de hijos, el área de residencia, la escolaridad, la profesión y la situación profesional actual; así como, datos del historial

clínico de las participantes del estudio, relativos al diagnóstico y al tratamiento del cáncer de mama (principalmente, la fase de la enfermedad, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, el tipo de cirugía realizada, el tratamiento actual, el tipo de tratamiento postquirúrgico efectuado, la realización de reconstrucción mamaria y los antecedentes familiares del cáncer de mama).

6.2.2. Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC)

La *Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro* (Mini-MAC) fue validada para la población portuguesa por Ribeiro y cols. (2003), a partir de la *Mental Adjustment to Cancer Scale* (MAC), desarrollada por Watson y cols., en el año 1988.

La Mini-MAC permite evaluar la forma en que los individuos hacen frente al diagnóstico y tratamiento del cáncer, evaluándose la adaptación a la enfermedad oncológica, se trata de una escala autoadministrada, constituida por 29 ítems, distribuidos en cinco subescalas, que incluyen cinco dimensiones; que evalúan cinco estrategias de afrontamiento: 1) *desánimo/debilidad* (ejem. “Siento que la vida no tiene esperanza”, “Siento que no consigo lidiar con esto”), que incluye ocho ítems: 1, 2, 6, 13, 16, 18, 22, 28; 2) *preocupación ansiosa*, que contiene ocho ítems: 8, 10, 12, 14, 15, 23, 27, 29; 3) *espíritu de lucha*, que incluye cuatro ítems: 3, 19, 20, 26; 4) *evitación cognitiva*, que incluye cuatro ítems: 4, 9, 21, 24; y, finalmente, 5) “Fatalismo”, que contiene cinco ítems: 5, 7, 11, 17, 25.

Cada ítem es una afirmación que describe las reacciones del enfermo al cáncer, en un formato de respuesta, de tipo *Likert* de cuatro puntos (del “*No se aplica a mí de ningún modo*”, a “*Se aplica totalmente a mí*”). Cabe destacar también que las puntuaciones, según la dimensión, varían entre el 4 y el 40 y siendo la de cada subescala

el sumatorio de los ítems que la integran. La Mini-MAC es, por lo tanto, una escala multidimensional, no proporcionando un resultado global (Ribeiro et al., 2003).

Valores elevados en las subescalas de desánimo/debilidad, preocupación ansiosa, evitación cognitiva y fatalismo, indican niveles de *coping* poco adaptativos y negativos, mientras que los elevados niveles en la subescala espíritu de lucha indican niveles de *coping* adaptativo y positivo con el cáncer (Watson et al., 1994; Patrão, 2007).

Este instrumento fue empleado en una muestra portuguesa de mujeres con cáncer de mama (Varela & Leal, 2007), y las autoras definieron la estrategia de *coping desánimo/debilidad* como una estrategia caracterizada por el pesimismo y por la ausencia de estrategias de combate activo de la enfermedad, donde la dolencia se encara como una pérdida; la *preocupación ansiosa* se refiere a una propuesta predominantemente emocional, caracterizada por ansiedad persistente, por la búsqueda compulsiva e información, aunque interpretada de forma pesimista; la estrategia de *coping*, espíritu de lucha, fue definida como un patrón de respuesta, caracterizada por una actitud optimista, donde la enfermedad se encara como un desafío, y en que persiste la creencia de control sobre el transcurso de la enfermedad; la *evitación cognitiva*, se refiere al intento de no pensar en la enfermedad, caracterizado por el rechazo del diagnóstico o por la negación de su gravedad; finalmente, el *fatalismo*, hace referencia a una aceptación de la enfermedad de forma pasiva.

Respecto a la fidelidad (consistencia interna) de la Mini-MAC, según Ribeiro y cols. (2003), los valores encontrados fueron aceptables para cuatro de las cinco dimensiones; sin embargo, la dimensión fatalismo no presenta valores de consistencia interna aceptables. El valor de la consistencia interna, presentada a través de los valores de alfa de *Cronbach* obtenidos para cada una de las dimensiones de la Mini-Mac, fueron

los siguientes: para el dominio desánimo/debilidad, 0,79; preocupación ansiosa, 0,88; espíritu de lucha; 0,72; evitación cognitiva, 0,84; y, fatalismo, 0,28.

6.2.3. Escala de Satisfação com o Superte Social (ESSS)

La Escala de Satisfação com o Superte Social (ESSS) fue desarrollada por Ribeiro (1999, p.551), con la intención de evaluar la satisfacción con el apoyo social percibido “...*en la asunción de que esta percepción es una dimensión funcional en los procesos cognitivos y emocionales asociados al bienestar y a la calidad de vida*”. Según el autor, y tras varios tests de validación específica, esta escala puede ser considerada como un instrumento válido para medir la percepción de soporte social percibido, en contextos de salud.

La ESSS es una escala de autoaplicada, constituida por 15 ítems distribuidos por cuatro subescalas/, que miden los componentes fundamentales del soporte social (Ribeiro, 1999):

1. *Satisfacción con los amigos* – Mide la satisfacción relativa a las amistades que el individuo posee, el grado de satisfacción con el número de veces que se es buscado por los amigos, la cantidad de amigos y de tiempo disponible para estar con ellos, así como el tipo de amigos; e incluye cinco ítems : 3, 12, 13, 14 y 15;
2. *Satisfacción con la intimidad* – Mide el grado de satisfacción con el apoyo que se tiene en situaciones de necesidad y disponibilidad en tener a alguien verdaderamente íntimo; e incluye cuatro ítems: 1, 4, 5 y 6;
3. *Satisfacción con la familia* – Mide la satisfacción con el soporte familiar existente, el grado de satisfacción con las relaciones familiares, la cantidad de

tiempo disponible para estar con ellos y las actividades realizadas en conjunto; e incluye tres ítems: 9, 10, 11;

4. *Satisfacción con las actividades sociales* – Mide el grado de satisfacción con las actividades sociales, en su participación, frecuencia y número; e incluye tres ítems: 2, 7, 8.

Para cada ítem debe señalarse el grado de concordancia en una escala de tipo *Likert*, de cinco puntos (desde “Estoy totalmente de acuerdo” a “Estoy totalmente en contra”). En la acotación de la escala, por el sumatorio de los ítems de cada subescala se obtiene el *score* correspondiente a cada subescala. A su vez, el sumatorio de los 15 ítems produce un *score* total, que evalúa el grado de satisfacción con el soporte social percibido. Cuanto más elevados sean los valores, mayor satisfacción con el soporte social percibido. La nota de la escala global varía entre 15 y 75, correspondiendo las notas más altas a una percepción de mayor satisfacción con el soporte social. De acuerdo con Baptista y colaboradores (2006), la puntuación de la escala puede ser dividida en alto soporte social percibido (de 51 a 75 puntos), medio soporte social percibido (de 26 a 50 puntos), y bajo soporte social percibido (hasta 25 puntos).

Según Ribeiro (1999), el valor de la consistencia interna obtenida para cada una de las dimensiones ESSS fue para el dominio *Satisfacción con los amigos*, 0,83; *Intimidad*, 0,64; *Satisfacción con la familia*, 0,64; y finalmente, “*Satisfacción con las actividades sociales*” 0,85; teniendo en cuenta que los valores señalados anteriormente referentes a cada uno de los dominios, relevan una buena consistencia interna. La nota total de la escala resulta de la suma de la totalidad de los ítems, y exhibe también una buena consistencia interna, siendo el valor del alfa de *Cronbach* de 0,85. Según Ribeiro (2011), la ESSS es una escala que presenta buena fidelidad, revela ser fácilmente comprendida por los sujetos y es de respuesta rápida y bien aceptada por los usuarios.

6.2.4. Quality of Life Questionnaire-Cancer European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30, v. 3.0)

La Calidad de Vida (CV) fue evaluada a través de un instrumento desarrollado por el *Cancer Study Group on Quality of Life* de la *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC, 2001). Esta organización elaboró una escala base que se aplica a todos los tipos de cáncer, la EORTC *Quality of Life Questionnaire* o QLQ-C30, que evalúa la calidad de vida de los enfermos de cancer que participan en investigaciones internacionales (Cella, 1998; Ribeiro, 2001; Fayers et al., 2001; Bennet, 2002; Fayers & Bottomley, 2002). El QLQ-C30 es el cuestionario más usado en Europa, es ampliamente utilizado, también, en el resto del mundo (Pimentel, 2003) y también está homologado en un gran número de lenguas y de culturas, incluyendo, la lengua portuguesa (Fayers & Bottomley, 2002; Pimentel, 2006), habiendo sido sometido a procesos de traducción que garantizan la equivalencia lingüística en las diferentes versiones. Este instrumento ha sido uno de los más empleados en enfermos de cáncer como pudimos observar en una revisión bibliográfica efectuada (Ribeiro, 2003; Pinto & Ribeiro, 2006; Rebelo et al., 2007; Montazeri, 2008), en todas las fases de la enfermedad oncológica, con propiedades psicométricas válidas (Ribeiro, 2002; Arndt et al., 2004). Incluso en supervivientes a largo plazo, este instrumento continúa presentando buenos resultados en términos de validez y fiabilidad (Kornblith et al., 2003). Sin embargo, este cuestionario ha sido perfeccionado en varias ocasiones desde la primera versión. Data del año 1987, estando actualmente en la versión 3.0 (EORTC, 2001).

Puesto esto, el QLQ-C30 se considera un cuestionario de evaluación de la CV en pacientes con cáncer y, a razón de la naturaleza subjetiva de la CV, su evaluación debe ser realizada por medio de un cuestionario autoadministrado (Ventafridda et al., 2006).

El QLQ-C30 tiene una estructura multidimensional constituida por 30 ítems, divididos por una escala global del estado de salud; cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, de papel/desempeño, emocional, cognitiva y social); por tres escalas de síntomas asociados al cáncer y al tratamiento (fatiga, náuseas y vómitos y dolor); y seis ítems simples que evalúan los síntomas que los enfermos de cáncer suelen enumerar (disnea, insomnio, estreñimiento, diarrea, pérdida de apetito, dificultades financieras) (EORTC, 2004; Pimentel, 2006).

A continuación, se presentan los ítems correspondientes a cada dominio evaluado por el QLQ-C30: 1) *Estado de Salud Global/Calidad de vida* – 2 ítems: 29, 30; 2) *Escalas Funcionales* que incluyen el funcionamiento físico (FF) – 5 ítems: 1, 2, 3, 4, 5; funcionamiento de roles (FP) – 2 ítems: 6, 7; funcionamiento emocional (FE) – 4 ítems: 21, 22, 23, 24; funcionamiento cognitivo (FC) – 2 ítems: 20, 25; y el funcionamiento social (FS) – 2 ítems: 26, 27; 3) *Escalas de Síntomas* que engloban la fatiga, náuseas y vómitos, dolor – 7 ítems: 9, 10, 12, 14, 15, 18, 19; y, por fin, 4) *Síntomas* que los enfermos con cáncer suelen experimentar, tales como a disnea/falta de aire, insomnio, falta de apetito, estreñimiento, diarrea y las dificultades financieras – 6 ítems: 8, 11, 13, 16, 17, 28 (Bennet, 2002; Pimentel, 2003).

Las escalas de funcionamiento, de síntomas y los ítems simples se presentan en una escala ordinal, escala tipo *Lickert*, con cuatro opciones de respuesta (del “no” al “mucho”). La evaluación del estado de salud global se presenta en una escala con siete opciones de respuesta, en la que al número 1 le corresponde la respuesta “pésima” y al 7 la respuesta “óptima” a las siguientes cuestiones: “¿Cómo clasificaría su salud en general durante la última semana?” y “¿Cómo clasificaría su calidad de vida global durante la última semana?” (Fayers et. al, 1999; Ribeiro, 2002; Pimentel, 2003; Santos, 2003).

La puntuación de las escalas funcionales, de síntomas e ítems simples, se transforman de 0 a 100, conforme indicación en el manual de acotación (EORTC, 2001). Puntuaciones elevadas en las escalas funcionales y en la escala global de salud indican un mejor nivel de funcionamiento y una mejor CV. A la inversa, las puntuaciones elevadas en las escalas de síntomas e ítems aislados representan un nivel elevado de sintomatología, pronosticando un elevado grado de síntomas/problemas (Fayers et. al, 1999; Fayers et al., 2001; EORTC, 2001).

Un estudio llevado a cabo por Ribeiro y cols. (2008), con 933 enfermos oncológicos revela buenos índices de consistencia interna de este instrumento, cuyos valores del alfa de *Cronbach* variaron, entre 0,57 y 0,87, siendo 0,88 el valor para la escala de salud global/calidad de vida.

6.3. Análisis de Datos

Una vez recogidos y ordenados los datos, se procedió al análisis estadístico que nos permitiría comprobar nuestras hipótesis.

Actualmente los procedimientos informáticos permiten el manejo fácil de gran cantidad de datos, simplificando la tarea del investigador. En este estudio, todos los datos recogidos fueron exportados al programa *Microsoft Excel*, a través de la plataforma de *GoogleDocs* y el análisis de los datos fue efectuado utilizando el programa de análisis estadístico SPSS® v.18.0. (*Statistical Package for Social Sciences*).

En primer lugar recurrimos a pruebas de *estadística descriptiva* para ordenar, representar y analizar los datos de nuestra muestra. Las variables categóricas fueron descritas a través de frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Las variables edad y las dimensiones (subescalas) de los instrumentos de medida fueron descritos utilizando como medidas la mediana (*mdn*) y los percentiles 25 y 75 (Amplitud Intercuartil = AIQ), dado que presentan una distribución asimétrica.

Para probar la normalidad de una variable continua, se ha aplicado el test de Kolmogorv-Smirnov, y se ha analizado su distribución a través del análisis del respectivo histograma. Siempre que el *p-value* de los tests era inferior a 0.05, se concluía que las variables bajo estudio no tenían una distribución normal, habiendo sido este el criterio de decisión para la elección de tests estadísticos no paramétricos (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008). Se analizaron también las medidas curtosis y asimetría, con la intención de evaluar el sesgo y achatamiento de las variables continuas respectivamente. Cabe destacar que una distribución normal presenta un valor de *skewness* igual a 0 y presenta un valor de *kurtosis* igual a 3; por lo que en los valores de

la tabla, si estos presentan un valor de *skewness* y *kurtosis* próximo a 0, podemos afirmar que las variables presentan distribución normal.

Por último, utilizamos técnicas de *estadística inferencial* que nos permitiren generalizar las características de nuestra muestra a la población a que pertenece y comprobar nuestras hipótesis. Para todos los tests estadísticos se ha considerado un nivel de significancia de 0,05 ($\alpha=5\%$) para un nivel de confianza de 95%.

El test de independencia de Chi Cuadrado fue usado para analizar la asociación entre variables categóricas. A su vez, el test de Mann-Whitney (test no paramétrico) fue utilizado para comparar la distribución de la edad en las dos muestras independientes, como medio de detectar diferencias entre ellas. Cabe destacar que la distribución de la variable continua, edad, es no normal.

Con la finalidad de estudiar las asociaciones entre las dimensiones de los instrumentos de medida de la Mini-MAC, de la ESSS y del QLQ-C30, así como de sus subescalas, se han calculado los respectivos coeficientes de correlación de *Spearman*, una vez que las variables presentan una distribución asimétrica.

Para evaluar la consistencia interna de los cuestionarios aplicados (medida de fiabilidad), y para cada una de las dimensiones, fue determinado el alfa de *Cronbach*.

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7.1. Resultados Descriptivos

7.1.1. Descriptivos de la muestra

La muestra quedó compuesta por 278 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, que se dividieron en dos grupos dependiendo de la etapa de la enfermedad en que se encontraban (fase de tratamiento y fase de supervivencia).

Se ha verificado la homogeneidad de la muestra ya que no se observaron diferencias estadísticamente significativas (valores $p \geq .05$) en los datos socio-demográficos y clínicos de los dos grupos de estudio. Para analizar la asociación entre variables categóricas y el grupo de estudio, en lo que respecta a las características sociodemográficas y clínicas, hemos utilizado el test de independencia Chi Cuadrado.

La variable continua edad fue descrita utilizando la mediana (*mdn*) y los percentiles 25 y 75 (Amplitud Inter-cuartil = AIC), dado que ésta tiene distribución asimétrica. Así, para comparar la distribución de la edad en los dos grupos de estudio se aplicó el test no-paramétrico de Mann-Whitney.

El valor mediano de la edad en el grupo de mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento (FT) es de 45 años (con Amplitud Inter-cuartil (AIC) entre 38 y 50 años), y en el grupo de mujeres en fase de supervivencia (FS), la mediana es de 49 años (con AIC entre 41 y 55 años).

Como se puede observar en la figura 20, la mediana de la edad es más bajo en el grupo de mujeres en FT al compararlo con el grupo de participantes en FS, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($U = 7426; p_a = .002$).

Fig. 20. Distribución de la edad (en años)

Fig. 21. Edad

En relación a la distribución de la edad, la mayoría de las mujeres con cáncer de mama en FT tienen entre 31 y 50 años (71%), el 24% tiene edad mayor o igual a 51 años y, el 5% tiene edad menor o igual a los 30 años. En el grupo de mujeres con cáncer de mama en FS el escenario es similar; la mayoría, o sea, el 54% presentan edades comprendidas entre los 31 y los 50 años de edad, el 43% tiene una edad mayor o igual a los 51 años y sólo el 2% de las participantes presentan una edad menor o igual a los 30

años; se verifican así, diferencias estadísticamente identificativas entre los dos grupos de estudio ($\chi^2_{(2)}= 11,638$; $p_a=.003$) (Fig. 21).

Al analizar el estado civil, la mayoría están casadas o viven en pareja de hecho, un 68% de las que se encuentran en FT y el 65% en FS ($\chi^2_{(3)}= .873$; $p_a= .835$) como se puede observar en la figura siguiente (Fig. 22).

Fig. 22. Estado Civil

La mayoría de las mujeres pertenecientes a ambos grupos viven acompañadas; el 88% de las participantes que se encuentran en la FT y el 86% en la FS ($\chi^2_{(1)}= .128$; $p_a= .721$) (Fig. 23).

En cuanto al número de elementos del agregado familiar, el 40% de las participantes en FT, integra un agregado familiar de 4 o más personas; mientras que la gran parte de las mujeres en FS (34%) forma parte de un agregado familiar de 3 personas ($\chi^2_{(3)}= 5,768$; $p_a= .126$).

Fig. 23. Distribución del agregado familiar en cada uno de los grupos en el estudio (n=278).

El 83% tienen hijos, verificándose el mismo valor porcentual en ambos grupos ($p=1,000$). En cuanto al número de hijos, la mayoría de las mujeres tiene 2 hijos; el 54% de las que se encuentra en la FT y el 46% en la FS, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2_{(1)}=.000$; $p_a=0,010$).

La mayoría, independientemente de la fase de la enfermedad en la que se encuentren, viven en zonas urbanas, encontrándose el 83% en FT y el 76% en FS ($\chi^2_{(1)}=1,788$; $p_a=.181$). En el grupo de estudio FT, sólo el 17% de las mujeres reside en un área rural y en el grupo FS, el 24%.

Gran parte de las colaboradoras tiene formación superior, el 45% de las que se encuentran en FT y el 47% en FS, y enseñanza secundaria el 32% de las mujeres en FT y el 22% en FS ($\chi^2_{(4)}=6,678$; $p_a=.155$), tal como se puede observar en la siguiente figura (Fig.24).

Fig. 24. Nivel educacional

En la tabla siguiente, podemos observar la distribución de las categorías profesionales de las participantes del estudio, de acuerdo con la Clasificación Nacional de Profesiones Portuguesa (2010) (Tabla 2).

Tabla 2 – Profesión según la Clasificación Nacional de Profesiones Portuguesa, 2010.

Profesión	Grupo				
	Fase de Tratamiento (n=139; 50%)		Fase de Supervivencia (n=139; 50%)		p
	n	(%)	n	(%)	
Profesiones de las Fuerzas Armadas	0	(0)	0	(0)	0,172*
Representantes del poder legislativo y de órganos	15	(12)	6	(5)	
Especialistas de las Actividades Intelectuales y Científicas	45	(36)	53	(40)	
Técnicos y profesiones de nivel intermedio	18	(14)	25	(19)	
Personal administrativo	19	(15)	12	(9)	
Trabajadores de los servicios personales, de protección y seguridad y vendedores	15	(12)	13	(10)	
Agricultores y trabajadores cualificados	0	(0)	1	(1)	
Trabajadores cualificados de la industria	2	(2)	4	(3)	
Operadores de instalaciones y máquinas	2	(2)	2	(2)	
Trabajadores no cualificados	9	(7)	17	(13)	

*Test de independencia del chi-cuadrado.

Tras la observación de la tabla 2, se verifica que la mayor parte de las participantes que se encuentran en FT (36%) y en FS (40%) son “especialistas de las actividades intelectuales y científicas”. En relación al grupo de mujeres en FT, la categoría profesional anteriormente citada, se sigue por la categoría de profesional “personal administrativo” (15%); ya en el grupo de mujeres que se encuentran en FS la segunda categoría profesional con más representatividad es la relacionada con los “técnicos y profesiones de nivel intermedio” (19%).

En lo que concierne a la situación profesional actual, el 69% de las mujeres con cáncer de mama en FT, se encuentran activas profesionalmente, el 17% están desempleadas y el 14% están jubiladas. En relación a las respondientes en FS, el 61% se encuentra empleada, el 22% está jubilada y el 17% está desempleada, tal como se puede verificar en la figura siguiente (Fig. 25).

Fig. 25. Situación profesional

Tras la caracterización sociodemográfica de la muestra en estudio, se presentan a continuación los datos relevantes con respecto a la caracterización clínica.

En relación a la fase de la enfermedad, la muestra quedó compuesta por 278 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, que se dividieron en dos grupos

dependiendo de la etapa de la enfermedad en que se encontraban. El primer grupo, quedó compuesto por 139 mujeres (50%) que estaban recibiendo tratamiento por su patología (fase de tratamiento, FT), independientemente del tratamiento recibido. El segundo grupo, quedó compuesto por 139 mujeres (50%) que habían sobrevivido al cáncer de mama (fase de supervivencia, FS); pertenecían a este grupo, las mujeres que se habían recuperado la enfermedad y se encontraban en seguimiento, tal como se puede observar en la figura siguiente (Fig. 26).

Fig. 26. Distribución de los grupos del estudio

En cuanto al tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la mayor parte de las participantes que se encontraban en FT, habían recibido el diagnóstico de cáncer de mama hacía entre 2 y 5 años el 38%, entre 1 y 2 años el 27%, y menos de 6 meses el 25%, tan solo un 9% llevaban más de cinco años tras el diagnóstico. La mayor parte de las mujeres que se encontraba en FS, habían recibido el diagnóstico hace más de 5 años (48%), entre 2 y 5 años el 32%, siguiéndose el período de tiempo entre 1 y 2 años (17%) y, por último un periodo inferior a 6 meses tan solo el 2%; existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio ($\chi^2_{(3)} = 67,212$; $p_a < .001$) (Fig.27).

Fig. 27. Tiempo tras el diagnóstico

En lo que concierne al tipo de cirugía realizada, tanto el grupo de mujeres con cáncer de mama en FT, como el grupo de mujeres en FS realizaron, en su mayoría, una mastectomía, el 57% y el 68%, respectivamente; seguida por la cirugía conservadora (tumorectomía), realizada por el 35% de las mujeres en FT y por el 27% de las participantes en FS, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2_{(2)} = 4,333$; $p_a = .018$). Como puede observarse en la figura 28 sólo el 8% de las mujeres en FT y el 4% en FS no fue sometida a tratamiento quirúrgico.

Otra de las variables que tuvimos en cuenta fue el tratamiento actual, que las pacientes con cáncer de mama en FT estaban realizando en el momento de la recogida de la muestra; la mayoría estaban con hormonoterapia (60%), seguida por la quimioterapia (21%). Cabe destacar que ninguna de las participantes se encontraba realizando simultáneamente quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. En relación a las participantes del estudio en FS, ninguna se encontraba recibiendo tratamiento, siendo este, uno de los criterios de inclusión de la muestra en el grupo de mujeres con cáncer de mama en FS.

Fig. 28. Tratamiento quirúrgico

En relación al tratamiento postquirúrgico realizado, el más realizado en las mujeres que se encontraban en FT fue la quimioterapia (29%); mientras que en el grupo de supervivientes fueron la quimioterapia y la radioterapia (41%); verificándose diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio ($\chi^2_{(6)} = 14,777$; $p_a = .022$).

En cuanto a la reconstrucción mamaria, se ha constatado que en el grupo de mujeres en FT, el 40% se sometió a la reconstrucción mamaria, el 24% se encontraba a la espera de la cirugía y, sólo un 6% prefiere no someterse a la reconstrucción. En relación al grupo de las participantes que se encontraban en FS, el 40% no hizo la reconstrucción mamaria, un 37% la realizó, el 14% no la quiere hacer y el 9% estaba a la espera de la cirugía; existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($\chi^2_{(3)} = 14,519$; $p_a = .002$).

En lo que se refiere a los antecedentes familiares de cáncer de mama, la mayoría de las mujeres perteneciente a nuestra muestra, independientemente de la fase de la enfermedad en la que se encontrasen, no tenía antecedentes familiares de cáncer de

mama; en el grupo de las mujeres en FT, el 68% no presentaba antecedentes familiares de la enfermedad, mientras que en la FS fueron el 58% ($\chi^2_{(1)}= 3,011$; $p_a=.083$).

7.1.2. Descriptivos de los instrumentos de medida

Con respecto a las diferentes variables analizadas en el total de la muestra, a continuación, presentaremos los resultados descriptivos obtenidos. Inmediatamente después, presentaremos también los niveles de consistencia interna evaluados a través del valor del alfa de *Cronbach* para cada una de las dimensiones de los varios instrumentos de medida, así como los resultados relativos a la normalidad de las escalas y subescalas de esos instrumentos a través de los valores del test de *Kolmogorov-Smirnov* y, finalmente, las medidas de *asimetría* y de *curtosis*.

En la Escala Reducida de Ajustamiento ao Cancro (Mini-MAC), como se puede observar en la figura 29, a nivel descriptivo, algunas de las estrategias de afrontamiento son empleadas por las participantes de la muestra en *fase de tratamiento* de forma frecuente. Al contabilizar esta escala, sumando el valor obtenido por ítem, se extraen los resultados que se comentan a continuación.

Encontramos que la estrategia de afrontamiento más empleada corresponde al espíritu de lucha, con un valor mediano del 75%, destacando sobre el resto.

A continuación, destacan el empleo de la evitación cognitiva y del fatalismo, con valores medianos del 66,67%, respectivamente; sucediéndose la estrategia de *coping* preocupación ansiosa, con un valor medio de un 50%.

Fig. 29. Estrategias de afrontamiento de las participantes del estudio, en fase de tratamiento

Para finalizar, la estrategia menos empleada por los miembros de la muestra en fase de tratamiento es el desánimo/debilidad, con un valor mediano del 16,67%.

En relación a las estrategias de *coping* utilizadas por las participantes del estudio que se encontraban en *fase de supervivencia* (Fig. 30), encontramos que la estrategia de afrontamiento más empleada corresponde al espíritu de lucha, con un valor mediano del 75%, destacando sobre el resto, a continuación por el fatalismo con un valor mediano del 73,33%.

A continuación, destaca el empleo de la evitación cognitiva y la preocupación ansiosa, con valores medianos del 58,33% y el 41,67%, respectivamente.

Para finalizar, la estrategia menos empleada por las mujeres de la muestra en fase de supervivencia es el desánimo/debilidad, con un valor mediano del 12,5%.

Fig. 30. Estrategias de afrontamiento de las participantes del estudio, en fase de supervivencia.

De este modo, el proceso de adaptación psicológica al cáncer de mama debe ser entendido como un proceso dinámico, que implica el uso de diversas estrategias de *coping* a lo largo de la trayectoria de la enfermedad. Varias investigaciones realizadas tienden a confirmar que, aunque las estrategias de *coping* en teoría se pueden poner en perspectiva como enfocadas a la *resolución del problema* y enfocadas al *control de las emociones*, no son mutuamente exclusivas, dado que para lidiar con los desafíos resultantes de la enfermedad, las mujeres utilizan los dos estilos de *coping* simultáneamente, ya que ambos tienen como objetivo disminuir los efectos negativos del cáncer sobre el equilibrio y bienestar global de la mujer (Moos, 1982; Rowland, 1989; Lazarus, 2000; Ganz et al., 2002; Surbone & Peccatori, 2006; Alfano & Rowland, 2006; Varela & Leal, 2007; Moos & Holahan, 2007; Andrykowski et al., 2008; Silva et al., 2011).

En relación a los datos de consistencia interna, presentados a través del valor del alfa de *Cronbach* para cada una de las dimensiones de la Mini-MAC, esos fueron los

siguientes: desánimo/debilidad, .871; preocupación ansiosa, .875; espíritu de lucha, .663; evitación cognitiva, .690; y, fatalismo, .590. Cabe destacar también que, en lo que concierne al dominio fatalismo, el valor del alfa de *Cronbach* encontrado en la muestra del presente estudio es considerablemente superior al encontrado en el estudio original de validación para la población portuguesa (Ribeiro et al., 2003). Teniendo en cuenta, estos valores, todos fueron superiores a .70, pudiendo considerar que, en nuestra muestra, los conceptos asociados a cada una de las dimensiones miden con fiabilidad lo que se pretende.

Por el análisis del test de *Kolmogorov-Smirnov*, se ha verificado que no todas las dimensiones de la escala Mini-MAC presentan una distribución normal ($p < .05$), dado que los valores variaron entre .062 y .146.

Por el análisis de las medidas *asimetría* y *curtosis*, se ha comprobado que la mayoría de las variables continuas no presentan una distribución normal (valores cerca de 0) para las dimensiones de la escala Mini-MAC, presentando valores de asimetría que variaron entre -.366 y .836, con un error estándar de .146; y de curtosis que variaron entre -.208 y .457, con un error estándar de .291. Vemos que los valores de la dimensión de la escala Mini-MAC - desánimo/debilidad - ofrece un índice de curtosis = .50, es decir, la distribución es mesocúrtica y con asimetría positiva (5.72), predominando las puntuaciones bajas; los valores de la dimensión preocupación ansiosa, ofrece un índice de curtosis = -.71, es decir, la distribución es mesocúrtica y con distribución simétrica (.39); los valores de las dimensiones - espíritu de lucha, evitación cognitiva y fatalismo - ofrecen un índice de curtosis = 1.57; .05 y .26, respectivamente; es decir, la distribución es mesocúrtica y con asimetría negativa (-4.58; -2.50; -2.66, respectivamente), predominando las puntuaciones altas (Pestana & Gageiro, 2008).

Con respecto a la Escala de Satisfação com o Apoio Social (ESSS), a partir de la figura 31, se pueden observar los resultados obtenidos relativos a la satisfacción con el soporte social de ambos grupos de estudio.

Fig. 31. Satisfacción con el soporte social de las participantes del estudio, en las fases de tratamiento y supervivencia.

Tras el análisis de los datos relativos a la satisfacción con el soporte social, se verificó que las participantes del estudio se encontraban satisfechas con el soporte social que disponían, dado que, el valor medio obtenido en la escala global de satisfacción con el soporte social fue de un 75% en las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento y de un 71,67% en las supervivientes.

Constatamos también que en el grupo de mujeres en *fase de tratamiento* los resultados indican que el tipo de soporte con el cual se muestran más satisfechas es aquél que le proporcionan las relaciones más íntimas (con un valor mediano del 81,25%), inmediatamente seguido del soporte que le prestan los amigos (con un valor mediano del 80%), seguido de la satisfacción con el soporte que les proporciona la familia (con un valor mediano del 75%).

Al revés, el tipo de soporte con el cual se muestran menos satisfechas es aquel que proporcionado por las actividades sociales (con un valor mediano del 58,33%).

En relación al grupo de mujeres en *fase de* supervivencia, los resultados indican que el tipo de soporte con el que se mostraron más satisfechas es el proporcionado por la familia (con un valor mediano del 91,67%), seguido inmediatamente por el soporte prestado por los amigos y por las relaciones íntimas (con valores mediano del 75%, respectivamente).

Al revés, el tipo de soporte con el cual las supervivientes se muestran menos satisfechas es con el proporcionado por las actividades sociales (con un valor mediano del 58,33%).

De este modo, la satisfacción con el apoyo social proporcionado por los diferentes prestadores de soporte es un importante factor protector y recuperador de la salud de la mujer con cáncer de mama, capacitándola para lidiar con los diversos desafíos y pruebas inherentes a las diferentes fases de la trayectoria de la enfermedad (Taylor-Brown et al., 2000; Lindop & Cannon, 2001; Sammarco, 2001; Dias et al., 2002; Michael et al., 2002; Holland & Holahan, 2003; Sammarco, 2003; Pimentel, 2003; García-Conde & García-Conde, 2005; Patrão & Leal, 2005; Wimberly et al., 2005; Manne & Badr, 2008; Moreira et al., 2009; Nausheen et al., 2009; Alegrance et al., 2010; Silva et al., 2011; Mallinckrodt et al., 2012).

En lo que concierne a los datos de consistencia interna, presentados a través del valor del alfa de *Cronbach* para cada uno de los cuatro dominios de ESSS, se tratan de los siguientes: satisfacción con los amigos, .889; intimidad, .749; satisfacción con la familia, .910; actividades sociales, .713. La escala total exhibe una consistencia interna de .916. Todos los valores fueron superiores a .70, por lo que se puede considerar que,

en el presente estudio, los conceptos asociados a cada una de las dimensiones, así como los asociados a la escala global, miden con fiabilidad lo que se pretende.

Por el análisis del test de *Kolmogorov-Smirnov*, podemos verificar que todas las dimensiones del cuestionario ESSS no presentan una distribución normal ($p < .05$), dado que los valores variaron entre el .101 y el .203.

Por el análisis de las medidas *asimetría* y *curtosis*, podemos constatar que las variables continuas no presentan una distribución normal (valores cerca de 0) para las dimensiones de la escala ESSS, presentando valores de asimetría, que variaron de -.169 a -.760, con un error estándar de .146; y de curtosis, que variaron entre -.403 y .693, con un error estándar de .291. Vemos que los valores de los dominios de ESSS – escala global y intimidad - ofrecen un índice de curtosis = -2.79 y -3.01, respectivamente; es decir, la distribución es platicúrtica y con asimetría negativa (-3.17 y -3.47, respectivamente), predominando las puntuaciones altas. Vemos que los valores de lo dominio de ESSS - actividades sociales – ofrece un índice de curtosis = -3.10, es decir, la distribución es platicúrtica y con distribución simétrica (-1.15); los valores de los dominios de satisfacción con los amigos, ofrece un índice de curtosis = -1.38, es decir, la distribución es mesocúrtica y con asimetría negativa (-5.20), predominando las puntuaciones altas; finalmente, los valores de lo dominio satisfacción con la familia, ofrece un índice de curtosis = 2.38, es decir, la distribución es leptocúrtica y con asimetría negativa (-8.35), predominando las puntuaciones altas (Pestana & Gageiro, 2008).

En cuanto a la calidad de vida evaluada mediante la administración del cuestionario EORTC QLQ-C30, los resultados de las diferentes escalas se han transformado en una escala lineal de 0 a 100, tal como sugiere el manual de acotación puesto a disposición por parte de EORTC. Recordemos que los valores altos en la escala

global y en las funcionales suponen buenos niveles de calidad de vida. Pero, por el contrario, los valores altos en la escala de síntomas sugieren peores niveles de la variable.

Los resultados encontrados en el presente estudio son comparables a los obtenidos por otros autores (Bloom et al., 2004; Weiss, 2004; Helgeson & Tomich, 2005; Neyt & Albrecht, 2006; Schou et al., 2005; Pimentel, 2006; Rebelo et al., 2007; Kornblith et al., 2007; Pinto, 2007; Montazeri, 2008; Browall et al., 2008; Lee et al., 2008; Moreira et al., 2008; van der Steeg et al., 2008; Silva et al., 2009a; Silva, 2010; Saurel et al., 2010; Han et al., 2010; Gonçalves, 2010; Silva et al., 2011; Rodríguez et al., 2011) y están expuestos en la figura 32.

Fig. 32. Calidad de vida de las participantes del estudio, en las fases de tratamiento y supervivencia.

En cuanto a la calidad de vida del grupo de mujeres con cáncer de mama en *fase de tratamiento*, estas revelaron un razonable estado global de salud/calidad de vida, presentando un *score* mediano del 66,77%.

En lo que concierne al *estado funcional* se ha constatado un *score* mediano del 77,78%, revelando un razonable nivel de desempeño y funcionamiento de estas

enfermas, que se repercute en su capacidad de ejecutar un conjunto de actividades de vida diaria.

En lo que respecta a la *escala de síntomas* se ha verificado un *score* mediano del 17,95% reflejando niveles bajos relativos a la presencia y a la intensidad de síntomas físicos relacionados con la enfermedad y el tratamiento, patentando un buen control sintomático de los efectos secundarios del tratamiento.

En relación al grupo de mujeres con cáncer de mama en *fase de supervivencia*, se ha verificado que el *estado global de salud/calidad de vida* presentó un *score* mediano del 75%, revelando un buen estado global de salud/calidad de vida.

En lo que concierne al *estado* funcional, se ha constatado un *score* mediano del 82,22%, evidenciando un buen nivel de funcionamiento y de desempeño en sus actividades cotidianas.

En lo que toca a la *escala de síntomas*, se ha verificado un *score* mediano del 12,82%, reflejando niveles bajos de síntomas físicos relacionados con la enfermedad y tratamiento, atestando un buen control sintomático de supervivientes del cáncer de mama.

En relación a los datos de consistencia interna, presentados a través del valor del alfa de *Cronbach* para cada una de las dimensiones del cuestionario QLQ-C30, esos fueron los siguientes: estado de salud global/calidad de vida, .908; escalas funcionales, .901 y respectivas subescalas funcionales - funcionamiento físico, funcionamiento de roles, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento emocional, .698, .887, .892, .763 y .871, respectivamente. En cuanto a la escala de síntomas el valor del alfa de *Cronbach* fue de .869; y, las respectivas subescalas - fatiga, náuseas y vómitos y, dolor, presentaron un valor alfa de *Cronbach* de .865, .761 y .834,

respectivamente; para los seis ítems simples de la escala de síntomas - disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, dificultades financieras -, no fue posible conocer el valor del alfa de *Cronbach*, dado que no es posible determinar esta medida en escalas con una sola pregunta. Conviene destacar que todos los valores fueron superiores a .70, por lo que se puede considerar que, en nuestra muestra, los conceptos asociados a cada una de las dimensiones del cuestionario QLQ-C30 miden con fiabilidad lo que se pretende.

Por el análisis del test de *Kolmogorov-Smirnov* podemos confirmar que todas las dimensiones del cuestionario QLQ-C30 no presentan una distribución normal ($p < .05$), dado que los valores variaron entre el .123 y el .514.

Por el análisis de las medidas *asimetría* y *curtosis*, podemos constatar que las variables continuas no presentan una distribución normal (valores cerca de 0) para las dimensiones del cuestionario EORTC QLQ-C30, revelando valores de asimetría que variaron de -.972 a 4.384, con un error estándar de .146; y de curtosis, que variaron entre los valores -.004 y 21.134, con un error estándar de .292. Vemos que los valores de las dimensiones principales del cuestionario EORTC QLQ-C30 – estado de salud global/calidad de vida y escalas funcionales - ofrecen un índice de curtosis = .30 y 1.85, respectivamente; es decir, la distribución es mesocúrtica y con asimetría negativa (-3.47 y -6.65, respectivamente), predominando las puntuaciones altas. Vemos que los valores de la dimensión - escala de síntomas – ofrece un índice de curtosis = 6.5, es decir, la distribución es leptocúrtica y con asimetría positiva (9.07), predominando las puntuaciones bajas (Pestana & Gageiro, 2008).

7.2. Resultados Inferenciales

Una vez realizada la descripción de las variables del estudio, vamos a exponer los análisis llevados a cabo para comprobar las hipótesis de nuestra investigación.

7.2.1. Primera hipótesis

Existen diferencias entre los dos grupos de estudio (fase de tratamiento y fase de supervivencia) a nivel de las variables psicosociales - estrategias de afrontamiento, satisfacción con el apoyo social y calidad de vida.

Esta hipótesis tiene como objetivo describir, caracterizar y comparar las variables siguientes: las estrategias de afrontamiento con la enfermedad (estrategias de *coping*), la satisfacción con el soporte social y la calidad de vida, de mujeres con cáncer de mama que se encuentran en dos fases distintas de la trayectoria de la enfermedad, en la fase de tratamiento y en la de supervivencia.

Para comprobar esta hipótesis de estudio, en un primero momento analizamos las puntuaciones de los instrumentos de medición, con la intención de conocer los valores porcentuales de las *estrategias de afrontamiento*, de la *satisfacción con el apoyo social* y de la *calidad de vida*. A continuación, con la intención de testar la normalidad de las escalas y subescalas de los instrumentos utilizados, se han analizado los resultados obtenidos en el test de *Kolmogorov-Smirnov*, así como, determinadas las medidas asimetría y curtosis. Dado que todos los instrumentos de medición presentaron una distribución no normal (o asimétrica), con el propósito de evaluar las diferencias en las distribuciones de las diferentes subescalas de las estrategias de afrontamiento, de satisfacción con el apoyo social y de la calidad de vida, en los dos grupos de estudio, fue utilizado el test no-paramétrico de Mann-Whitney.

A continuación, se presentan y se discuten los resultados obtenidos, abordando, en un primer momento, los resultados relativos a las estrategias de afrontamiento con la enfermedad, inmediatamente después de los datos referentes a la satisfacción con el apoyo social; y, por fin, los resultados con respecto a la calidad de vida de las participantes de nuestra muestra, con la intención de comprobar la primera hipótesis de estudio.

La tabla 3 presenta los datos descriptivos (mediana (%), valores mínimos y máximos) y los datos inferenciales relativos a los resultados obtenidos en los dominios de la “*Escala Reduzida de Ajustamento ao Cancro*”, permitiendo caracterizar, describir y comparar los dos grupos de estudio (fase de tratamiento y fase de supervivencia), a través de la variación porcentual de los dominios de la Mini-MAC.

En relación a las estrategias de afrontamiento, los resultados indicaron que las estrategias de *coping* más utilizadas, por la muestra de mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento, fueron las siguientes: espíritu de lucha (con un valor mediano del 75%), siguiendo las estrategias fatalismo y evitación cognitiva (que comparten valores medianos del 66,67%), sucediéndose la estrategia de *coping* preocupación ansiosa (con un valor mediano del 50%).

Los datos obtenidos evidenciaron también que la estrategia de *coping* menos utilizada por las mujeres con cáncer de mama en FT fue la estrategia desánimo/debilidad (con un valor mediano del 16,67%).

Tabla 3 – Caracterización y comparación de las subescalas de las estrategias de afrontamiento de las participantes del estudio.

	Grupo										
	Fase de Tratamiento					Fase de Supervivencia					
	Mdn	P25	P75	Min	Max	Mdn	P25	P75	Min	Max	p§
Mini-MAC:											
Desánimo/debilidad	16,67	0,00	33,33	0,00	66,67	12,50	0,00	29,17	0,00	79,17	0,257
Preocupación ansiosa	50,00	33,33	62,50	0,00	100,00	41,67	25,00	54,17	0,00	100,00	0,001
Espíritu de lucha	75,00	66,67	91,67	33,33	100,00	75,00	66,67	91,67	8,33	100,00	0,679
Evitamiento cognitivo	66,67	50,00	75,00	16,67	100,00	58,33	50,00	75,00	0,00	100,00	0,735
Fatalismo	66,67	60,00	80,00	13,33	100,00	73,33	60,00	86,67	6,67	100,00	0,347

Mdn-mediana; P-Percentil; min-mínimo; Max-máximo; § Test de Mann-Whitney.

Corroborando los resultados obtenidos en el presente estudio, una investigación realizada por Varela (2006), así como otro estudio llevado a cabo por Varela y Leal (2007) llegaron a las mismas conclusiones. En lo que concierne a las estrategias de *coping* anteriormente citadas, el espíritu de lucha se refiere a un patrón de respuesta que se caracteriza por una actitud optimista de la mujer, el cáncer de mama se encara como un desafío, está presente la creencia de que es posible algún control sobre el proceso y recorrido de la enfermedad, y la paciente evidencia proactividad queriendo participar en las decisiones subyacentes al tratamiento: por consiguiente, según la opinión de varios investigadores, principalmente Danhauer y cols. (2009), estas creencias y actitudes se asocian a estrategias de *coping* más constructivas, consustanciadas en estrategias de confrontación enfocadas en la resolución del problema, repercutiéndose en un *coping* activo con la enfermedad (Kann, 1995 cit. Varela & Leal, 2007; Watson & Greer, 1998).

Por el contrario, la estrategia de *coping* fatalismo se relaciona con la aceptación pasiva de la enfermedad y se clasifica como una estrategia de *coping* enfocada en la emoción; lo mismo sucede con la estrategia evitación cognitiva, que nos remite a un estilo de *coping* en el que la mujer, para lidiar mejor con el sufrimiento inherente a la

fase de tratamiento de la enfermedad, hace un esfuerzo para no pensar en la misma, usando la distracción con ese fin, negando y/o minimizando la gravedad de la enfermedad. De acuerdo con varios autores, las estrategias de *coping* enfocadas en la emoción se traducen en un *coping* pasivo y están habitualmente asociadas a una peor adaptación psicológica al cáncer (Maes et al., 1996; Edgar et al., 1997; Watson & Greer, 1998; Rowland & Massie, 1998; Burton & Watson, 1998 cit. Tupholme, 2008; McCaul et al., 1999; Scharloo et al., 1999; Soares et al., 2000; Hampton & Frombach, 2000; Stanton et al., 2002; Culver et al., 2004; Ransom et al., 2005); sin embargo, parece importante destacar que no debe ser considerada la linealidad de este proceso. En base a esta idea, Harrison y Maguire (1994) verificaron que, sin embargo, las estrategias de *coping* activas están generalmente asociadas a una mejor adaptación psicosocial del enfermo oncológico, parece que éste no se verifica en las fases de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. En estas fases, las estrategias de *coping* activas pueden resultar en menores niveles de adaptación, al contrario de lo que podrá suceder con el recurso de estrategias de evitación cognitiva (Maes et al., 1996; McCaul et al., 1999). A modo de ejemplo, este tipo de *coping* se puede revelar como útil tras el diagnóstico del cáncer de mama, en un momento en que las estrategias activas pueden ser demasiado confrontativas para la enferma y, así, más perjudiciales para su adaptación a la enfermedad que las estrategias activas (Harrison & Maguire, 1994); por el contrario, durante el tratamiento de la enfermedad, el recurso a la evitación cognitiva, puede constituirse igualmente como una estrategia beneficiosa para lidiar con los desafíos y los efectos secundarios inherentes al tratamiento de cáncer (Glanz & Lerman, 1992 cit. McCaul et al., 1999; Sosa et al., 1999).

A semejanza de los resultados obtenidos en nuestro estudio y, además, en lo que respecta a la investigación realizada por Varela y Leal (2007), estas autoras constaron

también, que las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento, además de recurrir a las estrategias de *coping* espíritu de lucha, fatalismo y evitación cognitiva, de modo preferencial, utilizan también la estrategia preocupación ansiosa para enfrentarse a la enfermedad. Esta estrategia se refiere a una respuesta eminentemente emocional, que se caracteriza por una ansiedad persistente, provocada por el modo en que las enfermas encaran el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama; estas fases de la trayectoria de la enfermedad son representadas como una gran amenaza y, por consiguiente, surge la incertidumbre en cuanto a la posibilidad de ejercer control sobre el cáncer y su pronóstico, siendo visto el futuro como imprevisible.

En lo que concierne a la estrategia de *coping* menos utilizada por las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento, tal como hemos referido anteriormente, los resultados obtenidos coinciden con los encontrados por Varela (2006) y Varela y Leal (2007), que constataron que la estrategia desánimo/debilidad es la estrategia de afrontamiento menos utilizada por las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento. El recurso a esta estrategia de *coping*, presupone que la paciente represente la enfermedad como una gran amenaza, pérdida irreparable o derrota y, por consiguiente, prevalece una visión negativa del pronóstico, se constata una baja percepción de control de la enfermedad y la ausencia de respuestas orientadas para la alteración de la situación por parte de la mujer, conjeturando una actitud de pesimismo y de desistencia, dado que la paciente se siente sumida por la enormidad de la amenaza de cáncer (Berlanga et al., 1995). De acuerdo con Greer y Watson (1987), la mujer con cáncer de mama que recurre a esta estrategia exhibe un comportamiento que se caracteriza por la pasividad en relación a todo el proceso de recuperación y rehabilitación de la enfermedad.

De cara a estos resultados, se puede verificar que las estrategias de *coping* anteriormente mencionadas permiten la adaptación psicológica al cáncer de mama de forma completamente distinta. Investigaciones realizadas en este ámbito tienden a confirmar que, aunque las estrategias de *coping* puedan ser perspectivadas, teóricamente, como enfocadas en la *resolución del problema* y enfocadas en el *control de las emociones*, no son mutuamente exclusivas (Moos, 1982; Rowland, 1989; Lazarus, 2000; Varela & Leal, 2007; Moos & Holahan, 2007). En este sentido, varios estudios concluyen que, para lidiar con los desafíos resultantes del tratamiento de cáncer de mama, las mujeres utilizan los dos estilos de *coping* en simultáneo, dado que ambos tienen como objetivo disminuir los efectos negativos del cáncer sobre su equilibrio y bienestar global, posibilitando que esta alcance una nueva estabilidad. Esta estabilidad le permitirá lidiar con los aspectos físicos de la enfermedad, tener acceso a niveles de funcionamiento superiores, tal vez idénticos o incluso superiores a los que poseía antes de la enfermedad; estar alerta ante la necesidad de procurar cuidados médicos, ayudándola a anticipar los estresores asociados a la enfermedad; movilizar formas de resolución de los problemas asociados a la enfermedad, principalmente, a gestionar sus emociones, tales como, la angustia, la incomodidad, la impotencia, las pérdidas, el sentimiento de vulnerabilidad, entre otros, emociones comunes en la fase de tratamiento del cáncer; y, por consiguiente, permitiéndoles mantener el estrés asociado a la enfermedad en niveles tolerables, mantener su autoestima, conservar las relaciones con personas significativas y ampliar las perspectivas de recuperación de su estado funcional, designadamente de las funciones físicas, emocionales, familiares, laborales, cognitivas y sociales (Rowland, 1989a; Varela, 2006; Kann, 1995 cit. Varela & Leal, 2007; Pimentel, 2006; Filazoglu & Griva, 2008; Han et al., 2010; Silva et al., 2011).

También en lo que se refiere a la simultaneidad de utilización de los dos estilos de *coping* por las mujeres que se encuentran en fase de tratamiento del cáncer de mama, el referido anteriormente corrobora la opinión de varios autores, principalmente la de Lazarus (2000), que considera que las estrategias espíritu de lucha y fatalismo, a pesar de ser estrategias de *coping* diferentes, se interpretan en la literatura como positivas y favorables para la adaptación a la enfermedad, beneficiando la calidad de vida del enfermo oncológico. Otra investigación llevada a cabo por Anagnostopoulos y cols. (2006) concluyó también que el espíritu de lucha y la evitación cognitiva son estrategias adaptativas y anunciadoras de bienestar psicosocial y de una buena percepción global de la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento. Análogamente, otras investigaciones han constatado que, en esta fase de la trayectoria de la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama que utilizan preferentemente el espíritu de lucha y la evitación cognitiva en defensa de los posibles efectos negativos de los tratamientos presentan una buena adaptación al cáncer (Carlsson & Hamrin, 1994; Classen et al., 1996; Sosa et al., 1999; Hack & Degner, 1999; Holland & Holahan, 2003; Ywamitsu et al., 2003).

De este modo, las estrategias de evitación (*coping* enfocado en la emoción) pueden ser ineficaces por no resolver el problema, dado que su función es el control de las emociones; aunque sin embargo, presentan un valor adaptativo en las situaciones en que no es posible una actuación, como mínimo inmediata, para modificar la situación, o sea, cuando no hay nada que hacer para aliviar la incomodidad que la situación de enfermedad y sus tratamientos provocan; puesto esto, la alternativa de la mujer es gestionar la incomodidad emocional y el sufrimiento causado por el diagnóstico de cáncer y por su tratamiento, recurriéndose a la fuga, al distanciamiento del problema, a la atención selectiva y a la desvalorización de los acontecimientos negativos,

procurando disminuir las implicaciones emocionales inherentes al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984; Billings & Moos, 1984; Carver & Scheier, 1994; Lazarus, 2000; Varela & Leal, 2007). Sin embargo, parece importante destacar que algunos estudios concluyeron que la evitación cognitiva, a pesar de proporcionar algún alivio de las emociones negativas, puede condicionar el tratamiento de la enfermedad, por implicar la falta de cooperación de la paciente en los tratamientos médicos e impedir el proceso de toma de decisiones, debido sobretudo a la subestimación de la gravedad de la enfermedad, constituyéndose esta estrategia de *coping* indicadora de un mal pronóstico en el proceso de adaptación al cáncer (Weisman, 1984 cit. Llorca et al., 1999; Carver et al., 1989; Carver et al., 1993; Stanton & Snider, 1993 cit. McCaul et al., 1999; Zeidner & Saklofske, 1996; Silva et al., 2011).

Así pues, las estrategias de *coping* no deben ser consideradas en sí mismas como adecuadas o inadecuadas, eficientes o ineficientes; esta evidencia fue demostrada en varios estudios, principalmente en una investigación realizada por Carver y Scheier (1994) que demostró que los dos tipos de *coping* interactúan; el *coping* enfocado a la emoción facilita el *coping* enfocado al problema, eliminando algún distrés que dificultaría la confrontación con el problema; y, por otro lado, el *coping* enfocado al problema vuelve la amenaza menos grave, disminuyendo así las emociones negativas. De acuerdo con este presupuesto, algunos estudios sugieren que la eficacia del *coping* se debe al equilibrio entre el control de la incomodidad emocional y a la gestión del problema que origina la incomodidad (Lazarus & Folkman, 1984; Varela & Leal, 2007).

Con respecto a las estrategias de *coping* más utilizadas por la muestra de mujeres con cáncer de mama en fase de supervivencia, esas fueron las siguientes: espíritu de lucha (con un valor mediano del 75%), inmediatamente seguida de la estrategia

fatalismo (con un valor mediano del 73,3%), y la estrategia evitación cognitiva (con un valor mediano del 58,33%).

Con la estrategia de *coping* espíritu de lucha, los resultados obtenidos en el presente estudio van al encuentro al que hacen referencia Boehmke y Dickerson (2006) cuando consideran que el espíritu de lucha es una actitud frecuentemente utilizada por las supervivientes del cáncer de mama. De igual modo, resultados de otras investigaciones mostraron que, para minimizar los efectos negativos que la experiencia de cáncer provoca en la mujer, principalmente a nivel biopsicosocial, espiritual y existencial, las estrategias de *coping* activas muestran ser las que promueven una mejor adaptación a la enfermedad (Lechner et al., 2006). En concordancia con estos resultados, Jim y cols. (2006) consideran que el recurso a una estrategia de *coping* activa, principalmente consustanciada en una actitud optimista y de aceptación del cáncer (Reynolds et al., 2000; Shapiro et al., 2001; Friedman, et al., 2006; Deimling et al., 2006), permite a las supervivientes atribuir un sentido, un significado e integrar la experiencia de la enfermedad de su vida, atenuando, por consiguiente, el impacto negativo de este acontecimiento, disminuyendo el estrés inherente a la condición de “ser superviviente de cáncer” y, de este modo, aumentando el bienestar de la mujer e influenciando positivamente la adaptación psicosocial de las supervivientes del cáncer de mama. En base a esta idea, varios estudios comprueban que la adaptación a la vida tras el cáncer de mama sólo es posible después de la aceptación y de la reintegración de la experiencia de la enfermedad en las narrativas y en la historia de vida de la mujer (Livneth, 2000; Stanton et al., 2002; Bishop & Warr, 2003; Deimling et al., 2006; Silva, 2010). Además, Stanton y cols. (2002) consideran que las mujeres supervivientes que encuentran beneficios y aspectos positivos en la experiencia de la enfermedad, así como las que utilizan estrategias de *coping* basadas en la expresión emocional en la fase de

supervivencia, evidencian disminución del estrés, aumento de vigor, mejoría del estado de salud percibida, menor morbilidad psicológica (Stanton et al., 2000; Shapiro et al., 2001; Friedman, et al., 2006), mayor y mejor supervivencia (Greer & Watson, 1987; Greer et al., 1989; Greer, 1991; Reynolds et al., 2000), pronosticando una mejor adaptación psicosocial a la fase de supervivencia del enfermedad (Stanton et al., 2002).

Al contrario, el recurso a la estrategia de *coping* basada en el fatalismo, en la fase de supervivencia, parece comprometer la adaptación de la mujer a la enfermedad, dado que prevé una actitud de aceptación pasiva, de resignación, no siendo percibido ningún control sobre el cáncer (Greer et al., 1989). De modo semejante, la utilización de la estrategia evitación cognitiva es, en esta fase, asociada a la incertidumbre en cuanto al estado de salud y a un peor pronóstico (Shapiro et al., 2001; Wade et al., 2005), dado que el recurso a la negación por parte de las supervivientes de cáncer de mama, no les permite resolver favorablemente la experiencia de la vivencia de la enfermedad, sobretudo por impedir la expresión emocional. La paciente evita pensar o hablar sobre la experiencia del cáncer, bloqueando sentimientos y pensamientos, y, de este modo, procrastinando la reconstrucción cognitiva de la experiencia de la enfermedad (Carver et al., 2005; Deimling et al., 2006; Manuel et al., 2007). Porém, Greer (1991, citado por McCaul et al., 1999) sugiere que el pensamiento evitativo, tras el tratamiento, también puede facilitar el *coping* con la enfermedad. Análogamente, Lazarus y Folkman (1984) y Weihs y cols. (1999), consideran que la negación puede incluso conducir a resultados favorables y adaptativos, cuando esta se dirige a elementos concretos de la situación y no a la enfermedad como un todo y, siempre que no se mantenga a largo plazo, impidiendo de este modo la integración de la experiencia de cáncer en la vida de la mujer.

En lo que concierne a las estrategias de *coping* menos utilizadas por las supervivientes de cáncer fueron la preocupación ansiosa y el desánimo/debilidad (con valores medianos del 41,67% y 12,15%, respectivamente). Los resultados obtenidos en este estudio van al encuentro de los obtenidos por Schou y cols. (2005) que constataron por parte de las supervivientes de cáncer de mama una disminución de la ansiedad persistente y del pesimismo provocados por el diagnóstico y por la fase de tratamiento del cáncer, así como un cambio en el modo de perspectivar la enfermedad, verificándose que el cáncer de mama es visto como menos amenazador, esencialmente debido a la percepción adquirida de algún control sobre el curso de la enfermedad, cuando la mujer adquiere el estatuto de “superviviente de cáncer” (Greer & Watson, 1987; Moorey & Greer, 1989; Greer, 1991; Spencer et al., 1998; Schou et al., 2004; Schou et al., 2005; Silva, 2010).

Cuando se comparan los dos grupos de estudio, se constata que las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento presentan valores superiores en lo que concierne a la utilización de la estrategia de *coping* preocupación ansiosa, al comparar las mujeres en fase de supervivencia (valores medianos del 50% y 41,67%, respectivamente) ($U=7343$; $p_a=.001$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Fig. 33).

Fig. 33. Estrategia de *coping* preocupación ansiosa

Estos datos evidencian, por parte de las supervivientes del cáncer de mama, la disminución de la ansiedad persistente provocada por el diagnóstico y por la fase de tratamiento de la enfermedad, llevándolas a ver el cáncer como menos amenazador debido a la percepción que fueron construyendo, a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, de algún control sobre el transcurso de la enfermedad, cuando ya se encuentran en la fase de supervivencia (Greer & Watson, 1987; Moorey & Greer, 1989, Greer, 1991; Spencer et al., 1998; Schou et al., 2004; Schou et al., 2005). Sin embargo, a excepción de la estrategia de *coping* preocupación ansiosa, se constata que no existen diferencias estadísticamente significativas en las restantes cuatro estrategias de *coping* utilizadas por los dos grupos que constituyen la muestra del presente estudio - desánimo/debilidad ($U= 8910$; $p_a= .257$), espíritu de lucha ($U= 9386$; $p_a= .679$), evitación cognitiva ($U= 9436$; $p_a= .735$) y fatalismo ($U= 9034,5$; $p_a= .347$).

Así, las estrategias de *coping* más utilizadas por ambos grupos fueron el espíritu de lucha (con valores medianos del 75%), seguida inmediatamente por el fatalismo (con valores medianos del 66,67% en las mujeres con cáncer de mama en FT y del 73,33% en las mujeres con cáncer de mama en FS), sucediéndose la estrategia evitación cognitiva (con valores medianos del 66,67% en las pacientes con cancer de mama en FT y del 58,33% en las participantes con cáncer de mama en FS). Y la estrategia de *coping* menos utilizada por ambos grupos de estudio fue el desánimo/debilidad (con valores medianos del 16,57% y 12,50%, respectivamente).

Los datos obtenidos en el presente estudio (exceptuando la estrategia de *coping* preocupación ansiosa) no son concordantes con otras investigaciones que constataron que las estrategias de *coping* utilizadas por las mujeres con cáncer de mama van cambiando a lo largo del tiempo, dado que estas tienden a adoptar diferentes estrategias en función de los problemas y/o de las amenazas con que se encuentran en un momento

dado, de acuerdo con la fase de la trayectoria de la enfermedad en la que se encuentran (Osowiecki & Compas, 1999; Vos et al., 2004; Danhauer et al., 2009). Según lo referido, el proceso de adaptación psicológica a la enfermedad oncológica mamaria debe ser entendido como un proceso dinámico, que implica el uso de diversas estrategias de *coping* que permitan a la mujer lidiar con el desgaste emocional y con la percepción de falta de control sobre la enfermedad, posibilitándole, a posteriori, recurrir a estrategias que visen la resolución del problema.

Cabe destacar también que, según Leipold y Greve (2009), la resiliencia es vista como una forma importante de *coping*. En base a esta idea, ambos grupos de estudio se mostraron resilientes ya que consiguieron movilizar preferentemente estrategias activas de *coping* con el cáncer de mama, tanto en la fase de tratamiento, como en la fase de supervivencia de la enfermedad, evidenciando capacidad de alcanzar resultados positivos incluso de cara a situaciones de vida adversas, como es el diagnóstico de una enfermedad oncológica, (Clarke & Clarke, 2003). En este sentido, varios estudios señalan que un estilo activo de afrontamiento, como el espíritu de lucha, favorece la búsqueda de significado ante el diagnóstico del cáncer (Lechner & Antoni, 2004; Bellizzi & Blank, 2006; Costa & Gil, 2008; Karanci & Erkam, 2007; Ramos & Lustosa, 2009). Al contrario, Boyle y cols. (1991 citado por Lambert & Lambert, 1999) concluyeron que la resiliencia estaría negativamente asociada con el uso de estrategias de *coping* centradas en las emociones. De acuerdo con estos presupuestos, William y cols. (1991, citado por Lambert & Lambert, 1999) constataron que, como respuesta al estrés, los individuos con elevada resiliencia tienden a involucrarse más en comportamientos de *coping* adaptativos, mientras que los que poseen baja resiliencia tienden a utilizar más estrategias de *coping* desadaptativas. En lo que concierne a la resiliencia y a la vivencia del cáncer de mama, Weiss (2004) realizó un estudio que

reveló que la mayoría de las supervivientes de cáncer de mama relataron percepciones de beneficios, una adaptación positiva a la enfermedad e, incluso, un crecimiento postraumático, en la secuencia de la lucha contra el cáncer de mama (Cordova et al., 2001; Bellizzi & Blank, 2006; Vázquez & Castilla, 2007; Karanci & Erkam, 2007; Mols et al., 2009; Sadler-Gerhardt et al., 2010; Boot et al., 2010; Rodríguez et al., 2011). Análogamente, una investigación llevada a cabo por Sears y cols. (2003) mostró que entre el 50% y el 80% de las mujeres relataron, por lo menos, un cambio de vida positivo después de la experiencia de cáncer de mama. Efectivamente, gran parte de los estudios realizados sobre la adaptación al cáncer han demostrado que la mayoría de las mujeres son resilientes, consiguiendo adaptarse bien al diagnóstico y a las exigencias físicas, psicológicas, emocionales y sociales, asociadas al tratamiento y a la fase de supervivencia de la enfermedad (Ganz et al., 1996; Helgeson et al., 2004; Hewitt et al., 2004 cit. Moreira et al., 2009; Bloom et al., 2007; Patrão, 2007; Moreira et al., 2008; Documet et al., 2012).

Así, al considerar un enfermo oncológico como un ser actuante frente al adversidad que la enfermedad le supone, cuanto más resiliente a las condiciones desfavorables y estresantes se encuentre, de manera más activa desarrollará estrategias benéficas para enfrentarse a la adversidad y continuar su proceso de desarrollo, confiando en que los obstáculos pueden ser superados (Werner, 1993; Zimmermann & Arunkumar, 1994; Weihs et al., 1999; Poletto et al., 2004; Poletto & Koller, 2011).

Finalmente, parece importante destacar que la mayoría de las investigaciones desarrolladas en el ámbito de las estrategias de afrontamiento con el cáncer indican que las estrategias de *coping* utilizadas, tanto en la fase de tratamiento, como en la fase de supervivencia, son de un importante indicador de bienestar emocional (Bliss et al., 1991 cit. Varela & Leal, 2007), de calidad de vida (Rowland & Massie, 1998; Watson &

Greer,1998; Culver et al., 2004) y, consecuentemente, influyen en la adaptación biopsicosocial de las mujeres al cáncer de mama (Schou et al., 2004; Schou et al., 2005; Urcuyo et al., 2005; Deimling et al., 2006; Varela, 2006; Heim et al., 2007; Manuel et al., 2007; Varela & Leal, 2007; Moos & Holahan, 2007; Filazoglu & Griva, 2008; Stumm et al., 2009; Danhauer et al., 2009).

En cuanto a los resultados de la evaluación de la satisfacción con el apoyo social percibido por las participantes del estudio, la tabla siguiente presenta los datos descriptivos (mediana (%), valores mínimos y máximos), relativos a los resultados obtenidos en los diversos dominios de la “*Escala de Satisfação com o Suporte Social*”, y nos permite comparar los resultados obtenidos por los dos grupos de estudio, a través de la variación porcentual de sus dominios (Tabla 4).

Tabla 4 – Caracterización y comparación de las subescalas de satisfacción con el soporte social de las participantes del estudio.

	Grupo										
	Fase de Tratamiento					Fase de Supervivencia					<i>p</i> §
	<i>Mdn</i>	P25	P75	Min	Max	<i>Mdn</i>	P25	P75	Min	Max	
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS):											
Global	75,00	53,33	90,00	23,33	100,00	71,67	51,67	88,33	18,33	100,00	0,425
Satisfacción con Amigos	80,00	60,00	95,00	10,00	100,00	75,00	55,00	100,00	5,00	100,00	0,595
Intimidad	81,25	50,00	93,75	12,50	100,00	75,00	50,00	93,75	6,25	100,00	0,301
Satisfacción con la Familia	75,00	66,67	100,00	0,00	100,00	91,67	58,33	100,00	0,00	100,00	0,930
Actividades Sociales	58,33	33,33	83,33	0,00	100,00	58,33	33,33	83,33	0,00	100,00	0,979
Mdn-mediana; P-Percentil; mim-mínimo; Max-máximo; § Test de Mann-Whitney.											

Al analizar los datos relativos a la satisfacción con el soporte social, se verificó que las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento estaban satisfechas con el soporte social del que disponían, dado que el valor mediano obtenidos en la escala

global fue del 75%, siendo que la amplitud de respuesta posible variaba entre el valor mínimo 23,33% y el valor máximo 100%.

Los resultados obtenidos en este estudio, van al encuentro de lo que señalan principalmente Wimberly y cols. (2005), Manne y Badr (2008) y Mallinckrodt y cols. (2012), cuando consideran que la existencia de una red social, así como la satisfacción con el apoyo social recibido por parte de familiares, amigos, profesionales de la salud, y grupos de apoyo, entre otros, constituye un importante factor protector y recuperador de la salud de la mujer con cáncer de mama, capacitándola para lidiar con los diversos desafíos y pruebas inherentes a la fase de tratamiento, haciendo que la confrontación con esta se vuelva menos penosa (Taylor-Brown et al., 2000; Pimentel, 2003; García-Conde & García-Conde, 2005; Wimberly et al., 2005; Manne & Badr, 2008; Mallinckrodt et al., 2012).

Con respecto a la satisfacción con el apoyo social proporcionado por los diferentes prestadores de soporte, se comprueba que la satisfacción con los amigos presentaba un valor mediano del 80% (y una posibilidad de variabilidad que iba del 10% al 100%); la satisfacción con las relaciones íntimas exhibió un valor mediano del 81,25% (y una posibilidad de variabilidad que iba desde el 12,50% al 100%); ya que la satisfacción con los familiares presentó un valor mediado del 75% (y una posibilidad de variabilidad que iba del 0% al 100%); y, por fin, la subescala que evaluó la satisfacción con las actividades sociales presentó un valor mediano del 58,33% (y una posibilidad de variabilidad que iba del 0% al 100%).

Atendiendo a estos valores, los resultados indican que entre todos los tipos de soporte social con que las mujeres se encuentran al realizar tratamiento para el cáncer de mama, aquél más satisfactorio es el proporcionado por las relaciones íntimas, seguido a

continuación del prestado por los amigos, sucediéndose la satisfacción con el soporte que les proporciona la familia.

Los resultados anteriormente citados van al encuentro de la idea de que, en situaciones de crisis, como es el caso del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, las mujeres necesitan tener asegurado el apoyo emocional de aquellos que les son próximos, o sea, el apoyo de los miembros que constituyen su red de apoyo social; tanto a través del apoyo informal (proporcionado principalmente por la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, entre otros), como a través del apoyo formal (proporcionado principalmente por los profesionales de la salud, las asociaciones y por los grupos de apoyo entre otros). De este modo, la presencia y la satisfacción con la red de apoyo social y la percepción de poder mantener *relaciones íntimas* y de proximidad con los elementos que componen su red social influye positivamente en los efectos de la vivencia del cáncer (Lugton, 1997; Pierce et al., 1996; Santos, 2003).

Los resultados obtenidos en este estudio también van al encuentro de lo referido por Dias y cols. (2002) y Gutiérrez (2007), cuando consideran que las fuentes de apoyo externas a la familia, tal como la percepción de poder contar con el apoyo social y emocional de *amigos*, ha sido también asociada a la obtención de resultados positivos, relacionados con la salud física y mental de la mujer con cáncer de mama en fase de tratamiento. En este sentido, un estudio llevado a cabo por Arora y cols. (2007) concluye que los amigos desempeñan, predominantemente, un papel útil en lo que concierne al *coping* centrado en las emociones.

Sin embargo, cabe destacar que la individualidad y la especificidad subyacente a la enfermedad oncológica provoca, en la mayoría de las pacientes, el sentimiento de que ninguna otra persona, que no esté pasando por la misma experiencia, puede entender sus miedos y sus preocupaciones, aunque se trate de una persona allegada. Por el contexto

en que fue recogida la muestra del presente estudio (a través de la red social *Facebook*), puede presuponerse que la satisfacción con el apoyo proporcionado por los amigos, puede estar relacionado con el hecho de que las mujeres que forman parte y participan en un grupo de apoyo virtual, en contexto *online*, interactúan con otras mujeres que viven y/o vivieron procesos de enfermedad semejantes, haciendo posible la oportunidad de que la paciente se identifique con las vivencias de otras mujeres, intercambie experiencias, disminuya el aislamiento social, alivie tensiones, comprenda mejor la situación de la enfermedad por la que está pasando, conozca soluciones en respuesta a los problemas relacionados con la enfermedad, se mantenga informada y aclara todas sus dudas sobre el cáncer y su tratamiento, construye vínculos y amistades, desarrolla un sentimiento de pertenencia social y maximiza su percepción de soporte social concebido por los amigos; aunque la mayoría puedan ser exclusivamente relaciones sociales virtuales (Spiegel, 1994; McKenna & Bargh, 1998; Andrade & Vaitsman, 2002; Ben-Ze'ev, 2003; Barak & Bloch, 2006; Schouten et al., 2007; Gutiérrez, 2007; Font & Rodríguez, 2007; Stumm et al., 2009; Fogel & Nehmad, 2009; Santos, 2009; Bender et al., 2011).

En este sentido, varias investigaciones sugieren que el ciberespacio constituye un recurso accesible y de bajo coste (Barak, Boneh & Dolev-Cohen, 2010) para la prestación de apoyo psicosocial, siendo por ello ampliamente usado por estas pacientes (Fogel et al., 2002), constituyendo un contexto en el cual es posible vivir experiencias muy positivas (Voiskounsky, 2008), contribuyendo incluso al enriquecimiento y mejoría del funcionamiento humano en diversa áreas, entre ellas, la salud mental, física y concretamente, en lo que respecta al cumplimiento de diferentes necesidades interpersonales de las mujeres con cáncer de mama, permitiéndoles principalmente superar algún constreñimiento secundaria a la enfermedad y a los efectos adversos del

tratamiento, que se reflejan en algunas limitaciones por su estado de salud y/o a el estigma relacionado con su imagen física, como sucede, principalmente, durante la realización del tratamiento (fatiga, energía disminuida, humor deprimido, alopecia, anorexia, entre otros) (Barak & King, 2000; Tanis, 2007; Liu & Kuo, 2007; Gimón, 2007; Shim et al., 2009; Silva, 2010; Shim et al., 2011; Cappella & Han, 2011). De igual modo, Barak (2007) considera que el ciberespacio puede constituirse como un contexto de soporte social y emocional a personas que estén viviendo momentos de gran estrés emocional, principalmente, varios estudios permiten concluir que los comportamientos de dar y de recibir apoyo social y emocional constituyen un aspecto fundamental en el establecimiento y en el mantenimiento de las interacciones sociales entre enfermos oncológicos en contexto online (Altman & Taylor, 1973; Tanis, 2007), volviéndolo en un legítimo medio social; sin embargo, caracterizado por un ambiente social “virtual” y por la comunicación mediada por ordenador (Barak & Suler, 2008b), con todo, constituyéndose como espacio psicológico único y posibilitando nuevas formas de relación (Ben-Ze’ev, 2004) capaces de, según la opinión de Amichai-Hamburger y Furnham (2007), promover numerosos beneficios en la vida de estas mujeres, principalmente, mejorando su calidad de vida y el bienestar psicosocial y, por consiguiente, auxiliando el proceso de adaptación al cáncer (Fogel et al., 2002; Eysenbach, 2003; Rehse & Pukrop, 2003; Klemm et al., 2003; McKenna & Seidman, 2005; Hoybye et al., 2005; Lieberman & Goldstein, 2005; Owen et al., 2005; Tanis, 2007; Joinson & Paine, 2007; Barak & Hen, 2008; Barak & Suler, 2008a; Amichai-Hamburger & Barak, 2009; Salzer et al., 2010; Barak et al., 2010; Han et al., 2011; Shim et al., 2011; Barak & Grohol, 2011).

En concordancia con los resultados obtenidos en el presente estudio, varias investigaciones han concluido también que la satisfacción con el apoyo social, en las

mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, está sobretodo relacionada con el apoyo proporcionado por parte de sus *familiares*. Corroborando esta idea, Northouse (1989) y Fredette (1995) consideran que las principales fuentes de apoyo para mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento son los miembros de la familia. Con todo, Gimón (2007) considera que, más que la cantidad, la calidad del soporte social que cada mujer tiene disponible es un factor muy importante en la experiencia del cáncer de mama (Die Trill, 1999; Bennet, 2002). Esta evidencia fue igualmente comprobada en una investigación llevada a cabo por (1986, citado por Pereira & Lopes, 2005), que concluyen que la familia se asume como recurso de apoyo primario de las pacientes con cáncer de mama en fase de tratamiento y la calidad de la interacción familiar tiene un efecto directo en su bienestar psicológico, también verificaron que el tipo de apoyo que las pacientes esperan recibir por parte de los familiares es, sobretodo, apoyo emocional.

De este modo, a pesar de que el tratamiento de cáncer se convierte en un momento de crisis que implica la necesidad de reorganización y adaptación de la mujer a una nueva etapa de la trayectoria de la enfermedad, el hecho de que crea que los demás están dispuestos a prestar tanto apoyo emocional, como informacional y/o instrumental es benéfico para su salud y bienestar, particularmente cuando este apoyo es prestado por aquellos que le son próximos, ya sea física como emocionalmente (Cohen, 2004; Patrão & Leal, 2004; Tanis, 2007; Turner et al., 2005; Die Trill, 2003; Moreira et al., 2009; Silva, 2010).

Los datos obtenidos en la presente investigación nos indicaron, también, que el apoyo que les era proporcionado con las *actividades sociales* era el menos satisfactorio para las participantes del estudio en fase de tratamiento de cáncer de mama. Resultados semejantes fueron encontrados en varios estudios, principalmente, en una investigación realizada por Bloom & Kessler (1994, citado por Helgeson & Cohen, 1996) y otro

estudio más llevado a cabo por Sluzki (1995), que constataron que la experiencia de cáncer y su respectiva terapéutica influyeron en las relaciones interpersonales de la mujer, dado que el tratamiento puede limitar su funcionalidad y, necesariamente, restringir los contactos y las actividades sociales, afectando al acceso de las enfermas a recursos interpersonales de apoyo.

Al analizar, en el grupo de mujeres con cáncer de mama en FS, los datos relativos a la satisfacción con el soporte social, se constató que éstas se encontraban satisfechas con el soporte social recibido, dado que el valor mediano obtenido en la escala global fue del 71,67%, variando la amplitud de respuesta posible entre el valor mínimo del 18,13% y el valor máximo del 100%. Los resultados anteriormente citados son semejantes a los referido por Mallinckrodt y cols. (2012), quienes consideran que la existencia de una red social y la *satisfacción con el apoyo recibido*, tanto si es informal como formal, es un importante factor protector y recuperador de la salud de la mujer con cáncer de mama, capacitándola para lidiar con los diversos desafíos y pruebas inherentes a las diferentes fases de la enfermedad, principalmente, a la fase de supervivencia.

En cuanto a la satisfacción con el soporte social proporcionado por los diferentes prestadores, se ha verificado que la satisfacción con los amigos presentaba un valor mediano del 75% (y una posibilidad de variabilidad que iba desde el valor de 5% al de 100%); la satisfacción con las relaciones íntimas ha exhibido un valor mediano del 75% (y una posibilidad de variabilidad que iba desde el 6,25% al 100%); la satisfacción con los familiares ha presentado un valor mediano del 91,67% (y una posibilidad de variabilidad que iba desde el 0% al 100%); y, finalmente, la subescala que evaluó la satisfacción con las actividades sociales presentó un valor mediano de 58,33% (y una posibilidad de variabilidad que iba de 0% al 100%).

Atendiendo a estos valores, se ha constatado que la gran mayoría de las mujeres con cáncer de mama que se encuentran en fase de supervivencia se mostraron más satisfechas con el soporte que les es proporcionado por la familia (con un valor mediano del 91,67%), inmediatamente a continuación del apoyo prestado por los amigos, así como por las relaciones íntimas (con valores medianos del 75%, respectivamente).

En concordancia con estos resultados, innumerables estudios demuestran que las relaciones interpersonales próximas, consustanciadas en la percepción de un apoyo social que va al encuentro de expectativas y a las necesidades de las enfermas, especialmente dispensado por la familia y por los amigos íntimos, desempeñan un papel determinante en el bienestar psicológico y en la mejor adaptación psicológica de la superviviente al cáncer de mama (Lindop & Cannon, 2001; Sammarco, 2001; Dias et al., 2002; Michael et al., 2002; Holland & Holahan, 2003; Sammarco, 2003; Alegrance et al., 2010). De acuerdo con Bolger y cols. (1996), la ventaja adaptativa resultante de la presencia de relaciones familiares y de relaciones íntimas significativas está relacionada con el apoyo emocional e instrumental que estas relaciones proporcionan a la mujer con cáncer de mama. Sin embargo, las tareas de adaptación a la enfermedad pueden también resultar facilitadas por el intercambio de experiencias y sentimientos, no sólo con los elementos de la red social de apoyo próxima e informal de la superviviente, que incluye generalmente a la familia y a los amigos, pero también a las redes de apoyo formal, tales como el equipo médico, las asociaciones o los grupos de apoyo (Bolger et al., 1996; Hoskins et al., 1996; Samarel et al., 1998; Die Trill, 1999; Llorca Ramón et al., 1999; Weihs et al., 1999; Durá & Hernández, 2002; Die Trill, 2003; Hoffmann et al., 2006; Gutiérrez, 2007; Moreira et al., 2009; Pennery et al., 2010). De este modo, actualmente, las posibilidades que las nuevas tecnologías de la información y comunicación ofrecen, permiten la percepción de apoyo y la sensación de pertenencia social a grupos sociales

virtuales y, en este sentido, Han y cols. (2011) concluyeron que la combinación de la expresión de empatía (dar) y la recepción de actitudes empáticas (recibir) constituyen un aspecto crucial, para la obtención de beneficios en pacientes con cáncer de mama que participan en redes sociales virtuales, también Meier y cols. (2007) llegaron a conclusiones semejantes, en un estudio realizado, pocos años antes, con supervivientes de cáncer.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación indicaron también que era con el soporte que les era proporcionado con las actividades sociales con el que las supervivientes de cáncer de mama se encontraban menos satisfechas (con valor mediano del 58,33%). Algunos estudios sugieren que, en esta fase, el apoyo social debe asumir nuevas formas, una vez que comienza a ser importante que la mujer sienta la bidireccionalidad del apoyo social, dado que el paso del estatuto de “enferma” al de “superviviente” de cáncer, provoca una necesidad de participar en la relación con el otro, en la cual se recibe y se proporciona apoyo, en una tentativa de que la mujer regrese a su rutina normal cotidiana (Kayser et al., 1999; Patrão & Leal, 2005), principalmente retomando las actividades sociales que llevaba a cabo antes del diagnóstico de la enfermedad.

De cara a esta realidad, varios estudios comprueban que el apoyo social tiene un papel primordial, en el sentido de facilitar la recuperación de la salud física, psicológica, social y emocional de la mujer superviviente de cáncer de mama, aumentar la supervivencia de estas mujeres y, por consiguiente, optimizar la adaptación psicosocial de la mujer, tras la experiencia de cáncer (Bishop, 1994; Ribeiro, 1999; Spiegel et al., 1999; Lewis et al., 2001; Fogel et al., 2002; Patrão & Leal, 2005; Park et al., 2008; Moreira et al., 2009; Nausheen et al., 2009; Silva et al., 2011).

Cuando comparamos los dos grupos de estudio, constatamos que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la satisfacción con el soporte social recibido por las mujeres que aún se encontraban realizando tratamientos y por las que ya los habían terminado (satisfacción con el apoyo social global: $U= 9021$; $p_a= .425$; satisfacción con amigos: $U= 9307,5$; $p_a= .595$; intimidad: $U= 8708$; $p_a= .301$; satisfacción con la familia: $U= 9604$; $p_a= .930$; satisfacción con las actividades sociales: $U= 9643$; $p_a= .979$). Los resultados obtenidos indicaron que ambos grupos de estudio se sentían satisfechos con el soporte social global, así como con el apoyo que les estaba siendo dispensado por los diferentes prestadores de apoyo social. Cabe destacar que, a semejanza de lo que se ha comprobado con el grupo de mujeres en fase de tratamiento, las supervivientes de cáncer de mama también se mostraron menos satisfechas con las actividades sociales. Ante esta realidad, parece importante destacar que, tanto las mujeres con cáncer de mama (independientemente de la fase de la trayectoria de la enfermedad en que se encuentren), como los prestadores de apoyo social (ya sean formales y/o informales), deban desarrollar líneas de acción conjuntas, que posibiliten una mayor satisfacción con las actividades sociales de estas mujeres a lo largo de la trayectoria de la enfermedad; y, por consiguiente, contribuyendo para minimizar el impacto negativo de la vivencia de la enfermedad.

Con la finalidad de describir los resultados de la evaluación de calidad de la vida de las participantes del estudio, la tabla siguiente presenta los datos descriptivos (mediana (%), valores mínimos y máximos), relativos a los diversos dominios de la “*Quality of Life Questionnaire-Cancer European Organization for Research and Treatment of Cancer*”, así como permite comparar los resultados obtenidos por los dos grupos de estudio, a través de variación porcentual de sus subescalas (Tabla 5).

Tabla 5 - Caracterización y comparación de las subescalas de calidad de vida de las participantes del estudio.

Grupo											
	Fase de Tratamiento					Fase de Supervivencia					
	Mdn	P25	P75	Min	Max	Mdn	P25	P75	Min	Max	p§
EORTC QLQ-C30:											
Estado de Salud Global /Qualidade de vida	66,67	50,00	83,33	16,67	100,00	75,00	50,00	83,33	0,00	100,00	0,028
Estado Funcional	77,78	66,67	86,67	22,22	100,00	82,22	66,67	91,11	13,33	100,00	0,020
Funcionamiento Físico	80,00	66,67	93,33	33,33	100,00	86,67	73,33	93,33	20,00	100,00	0,015
Funcionamiento de Roles	83,33	66,67	100,00	0,00	100,00	100,00	66,67	100,00	0,00	100,00	0,004
Funcionamiento Emocional	66,67	58,33	83,33	0,00	100,00	75,00	50,00	91,67	0,00	100,00	0,251
Funcionamiento Cognitivo	83,33	66,67	100,00	0,00	100,00	83,33	66,67	100,00	0,00	100,00	0,697
Funcionamiento Social	83,33	66,67	100,00	0,00	100,00	100,00	66,67	100,00	0,00	100,00	0,058
Escala de Síntomas	17,95	10,26	25,64	0,00	56,41	12,82	5,13	25,64	0,00	82,05	0,055
Fatiga	33,33	22,22	44,44	0,00	100,00	22,22	0,00	44,44	0,00	100,00	0,028
Náuseas y Vómitos	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	,00	0,00	100,00	0,926
Dolor	33,33	0,00	33,33	0,00	100,00	16,67	0,00	33,33	0,00	100,00	0,021
6 ítems simples											
Disnea	0,00	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,158
Insomnio	33,33	0,00	66,67	0,00	100,00	33,33	0,00	66,67	0,00	100,00	0,269
Pérdida de Apetito	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,931
Estreñimiento	0,00	0,00	33,33	0,00	100,00	0,00	0,00	33,33	0,00	100,00	0,051
Diarrea	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,564
Dificultades Financieras	0,00	0,00	33,33	0,00	100,00	0,00	0,00	33,33	0,00	100,00	0,569

Mdn-mediana; P-Percentil; mim-mínimo; Max-máximo; § Test de Mann-Whitney.

Con respecto a la calidad de vida del grupo de mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento, se ha verificado que el estado global de salud/calidad de

vida, presentó un score mediano del 66,67% (y una posibilidad de variabilidad que iba desde el valor de 16,67% al de 100%), revelando un razonable estado global de salud/calidad de vida de las pacientes.

Corroborando los resultados obtenidos en el presente estudio, son innumerables las investigaciones que sugieren que las mujeres con cáncer de mama en la fase de tratamiento experimentan, por lo menos, un declive temporal en su calidad de vida y en su funcionamiento psicosocial, motivado, sobretudo, por los efectos físicos y psicosociales de los tratamientos habituales para combatir el cáncer (Holzner et al, 2001; Ribeiro, 2003; Die Trill & Die Goyanes, 2003; Ganz et al., 2004; Hewitt et al., 2004; Schou et al., 2005; Pimentel, 2006; Rebelo et al., 2007; Montazeri, 2008; Browall et al., 2008; Lee et al., 2008; van der Steeg et al., 2008; Silva et al., 2009a; Silva, 2010; Saurel et al., 2010; Han et al., 2010; Silva et al., 2011; Rodríguez et al., 2011).

Sin embargo, algunos estudios sugieren que la mayoría de las mujeres sometidas al tratamiento para el cáncer de mama consideraban su calidad de vida satisfactoria (Lopes, 2004) y otros constataron que la calidad de vida era considerada muy buena y/o excelente, como es el caso de las investigaciones realizadas por Toledo y cols. (1996), Makar y cols. (1997), Lopes y cols. (1999), Samico (2007) y Hack y cols. (2010). Según la opinión de Knobf (2007) y de Silva y cols. (2011), a pesar de que el cáncer de mama sea un acontecimiento adverso, las mujeres tienden a revelar un patrón de funcionamiento psicosocial normal, indiciador de su capacidad de resiliencia de cara al cáncer, por lo menos en algunas áreas de funcionamiento (Rowland & Baker, 2005).

En lo que concierne al *estado funcional* se ha constatado un score mediano del 77,78% (y una posibilidad de variabilidad que iba desde el valor de 22,22% al de

100%), evidenciando un razonable nivel de funcionamiento de estas enfermas, refiriéndose a su capacidad en ejecutar un conjunto de actividades de vida diaria.

En lo que respecta a las *subescalas funcionales*, se ha verificado que el funcionamiento físico (FF) presentó un valor mediano de 80% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre el 22% y el 100%); el funcionamiento de roles (FR) exhibió un valor mediano del 83,33% (y una posibilidad de variabilidad que desde el 0% al 100%); el funcionamiento emocional (FE) presentó un valor mediano del 66,67% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre 0% e 100%); el funcionamiento cognitivo (FC) evidenció un valor mediano del 83,33% (y una posibilidad de variabilidad que iba del 0% al 100%); y, por fin, la subescala que evaluó el funcionamiento social (FS) presentó un valor mediano que evaluó el funcionamiento mediano del 83,33% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre el 0% y el 100%).

Atendiendo a los valores anteriormente mencionados, se ha constatado que las pacientes que se encuentran en fase de tratamiento presentaron un buen nivel de desempeño en las siguientes subescalas funcionales: funcionamiento de roles, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social (con scores medianos del 83,33%), inmediatamente seguido del funcionamiento físico (con un valor mediano de 80%).

El *funcionamiento de roles* está relacionado con la capacidad de que las mujeres que se encuentran realizando tratamiento para el cáncer desempeñen sus diversos roles sociales (familiares, laborales, ocupacionales/ocio); el *funcionamiento cognitivo* se refiere a las capacidades cognitivas de la mujer y, por fin, el *funcionamiento social* está relacionado con la capacidad de las mujeres para relacionarse y mantener sus contactos sociales en el transcurso del tratamiento del cáncer. Los resultados obtenidos en el presente estudio no son concordantes con los resultados de investigaciones anteriores,

que demuestran que una experiencia adversa y potencialmente traumática, como el tratamiento del cáncer de mama, puede tener un impacto profundo en diversas áreas de la mujer, principalmente, consecuencias adversas al nivel de desempeño de los varios roles sociales, a nivel interpersonal, cognitivo y laboral, influyendo en su calidad de vida, sobretodo en la fase de tratamiento de la enfermedad (Ganz et al., 1998; Dias et al., 2002; Die Trill & Die Goyanes, 2003; Wefel et al., 2004; Wong-Kim & Bloom, 2005; Schou et al., 2005; Pereira & Lopes, 2005; Moreno et al., 2006; Carver et al., 2006; Samico, 2007; Pimentel, 2006; Thornton & Perez, 2007; Filazoglu & Griva, 2008; Moreira et al., 2008; Browall et al., 2008 cit. Duarte, 2010; Hack et al., 2010).

En relación al *funcionamiento físico*, éste se encuentra asociado con el desempeño del cuerpo y, curiosamente las mujeres en tratamiento lo informan como uno de los tipos de funcionamiento menos afectado e. Estos resultados no concuerdan con la mayoría de los estudios realizados, dado que la mayoría de ellos pone en evidencia las consecuencias adversas a nivel físico, el deterioro de la salud y el malestar físico, relacionados con los síntomas de la enfermedad y con los efectos secundarios de la terapéutica en las mujeres con cáncer de mama (Die Trill & Die Goyanes, 2003; Lopes, 2004; Schroevers et al., 2006; Browall et al., 2008 cit. Duarte, 2010; Moreira et al., 2008; Vargas et al., 2010; Silva et al., 2011).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, en lo que respecta a los cuatro tipos de funcionamiento anteriormente citados, puede deberse al hecho de que la mayoría de las participantes están sometidas a hormonoterapia (60%), siendo esta terapéutica menos incapacitante a nivel funcional que otras en el tratamiento del cáncer, principalmente al compararla con la combinación de más de un método terapéutico (Mañas et al., 2007).

En este sentido, Wildes y cols. (2011) verificaron que una mayor satisfacción con el tratamiento realizado por mujeres con cáncer de mama pronosticaba una mejor CDRS en la fase de tratamiento de la enfermedad.

Al contrario, constatamos que los desempeños que estaban afectando más incisivamente a la calidad de vida de estas mujeres eran aquellos en que se obtuvieron las puntuaciones más bajas. En lo que respecta a esto, los resultados indicaron que el peor nivel de funcionamiento de las participantes del estudio que se encontraban en fase de tratamiento fue observado en la subescala funcionamiento emocional (con valor mediano de 66,67%). El funcionamiento emocional está relacionado con la forma en que las personas se sienten (tensas, preocupadas, irritables o deprimidas), siendo informado como uno de los más afectados, debido a los diversos efectos colaterales provocados por la terapéutica del cáncer. Corroborando los resultados obtenidos en el presente estudio, numerosas investigaciones constatan la presencia de alteraciones psicológicas y emocionales, consustanciadas en miedos, incertidumbre, sentimientos de pérdida y control sobre el futuro, ansiedad, emociones negativas, tales como, la tristeza, la depresión y la rabia, entre otras, a lo largo del tratamiento del cáncer. En concordancia con estos resultados, Pimentel (2006) considera que el cáncer provoca un desequilibrio emocional en la vida de las mujeres, lo que fue también verificado en otros estudios, principalmente en los realizados por Wong-Kim y Bloom (2005), Letho y cols. (2005), Golden-Kreutz y cols. (2005); Samico (2007), Filazoglu y Griva (2008), Saurel y cols. (2010), Hack y cols. (2010) y Salci y Marcon (2010).

La escala de síntomas obtiene una puntuación mediana del 17,95% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre el 0% y el de 56,41%), reflejando niveles bajos al nivel en la presencia e intensidad de síntomas físicos relacionados con la enfermedad y tratamiento.

En la subescalas de síntomas, la fatiga presentó un valor mediano del 33% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre el 0% y el 100%); la subescala náuseas y vómitos exhibieron un valor mediano del 0% (y una posibilidad de variabilidad que iba del valor de 0% al de 100%); y, por fin, el dolor presentó un valor mediano del 33,33% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre los valores de 0% y de 100%).

En lo que concierne a los seis ítems de la escala de síntomas, se ha constatado que la disnea presentó un valor mediano del 0% (y una posibilidad de variabilidad que iba desde el valor de 33,33% al de 100%); el insomnio exhibió un valor mediano del 33,33% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre los valores de 0% y de 100%); y, finalmente, las subescalas pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras presentan valores medianos del 0% (y una posibilidad de variabilidad que iba de los valores de 0% al de 100%, respectivamente).

Así, y teniendo en cuenta los resultados relativos a la escala de síntomas, verificamos que los síntomas más intensos o que están más presentes en la mujer que se encontraba realizando tratamiento para el cáncer de mama fueron la fatiga, el dolor y el insomnio. Resultados concordantes fueron encontrados en un estudio de Coelho (2008), así como, en algunos otros, principalmente en los realizados por Ganz y cols. (1998), Laborda y Torrubia (1999), Die Trill y Die Goyanes (2003), Ribeiro (2003), Schroevers y cols. (2006), Moreira y cols. (2008), Vargas y cols. (2010) y Silva y cols. (2011).

Si tenemos en consideración los resultados de la escala EORTC QLQ-C30 obtenidos por las pacientes en fase de tratamiento, en la globalidad, podemos afirmar que los desempeños de estas enfermas tienen puntuaciones siempre por encima de los 60, mientras que la presencia de síntomas sólo muy puntualmente sobrepasa la puntuación mediana de 30, lo que parece corresponder, de hecho a una buena calidad de

vida global; resultados concordantes fueron encontrados en un estudio realizado por Coelho (2008).

Este resultado, si por un lado parece sorprender, dado que habitualmente la fase tratamiento del cáncer de mama provoca una reducción de la calidad de vida de las mujeres, por otro va al encuentro de algunas investigaciones, principalmente una realizada por Karamouzis y cols. (2007, citado por Coelho, 2008) que obtuvieron elevados resultados en la calidad de vida con cáncer de mama, en fase de tratamiento.

Para el grupo de mujeres con cáncer de mama en FS, comprobamos que el estado global de salud/calidad de vida presentó una puntuación mediana del 75% (y una posibilidad de variabilidad que iba del 0% al 100%), revelando un buen estado global de salud/calidad de vida.

Corroborando los resultados obtenidos en el presente estudio, varias investigaciones muestran que a medida que el tiempo va pasando y la mujer se va recuperando de los efectos secundarios de los tratamientos y, sobretudo, durante el período de supervivencia de la enfermedad, su calidad de vida tiende a mejorar significativamente, equiparándose en ocasiones al de las mujeres saludables pertenecientes a la población en general (Tomich & Helgeson, 2002; Bloom et al., 2004; Weiss, 2004; Helgeson & Tomich, 2005; Neyt & Albrecht, 2006; Kornblith et al., 2007; Pinto, 2007; Moreira et al., 2008; Gonçalves, 2010) o incluso superior (Ganz et al., 1998; Tomich & Helgeson, 2002; Peuckmann et al., 2007). Análogamente, una investigación llevada a cabo por Bloom y cols. (2004) concluye que, tras cinco años del diagnóstico, el 92% de las supervivientes de cáncer de mama permanecieron libres de cáncer, evaluaban su salud como buena y/o excelente, tanto en el dominio físico como en el mental y relataban mejorías en su calidad de vida global (Kornblith et al., 2003; Dausch et al., 2004; Gonçalves, 2010).

En lo que concierne al *estado funcional* se constató una puntuación mediana del 82,22% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre los valores de 13,33% y de 100%), evidenciando un buen nivel de desempeño y funcionamiento de estas enfermas, refiriéndose a su capacidad de ejecutar un conjunto de actividades de vida diaria.

En relación a las subescalas funcionales, se verificó que el funcionamiento físico presentó un valor mediano del 86,67% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre los valores de 20% y de 100%); el funcionamiento de roles exhibió un valor mediano del 100% (y una posibilidad de variabilidad que iba del valor de 0% al de 100%); el funcionamiento emocional presentó un valor mediano del 75% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre los valores de 0% y de 100%); el funcionamiento cognitivo evidenció un valor mediano del 83,33% (y una posibilidad de variabilidad que iba del 0% al de 100%); y, por fin, la subescala que evaluó el funcionamiento social presentó un valor mediano del 100% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre los valores del 0% y del 100%).

Atendiendo a los valores medianos anteriormente citados, se ha verificado que las supervivientes de cáncer de mama presentaron un mejor nivel de funcionamiento en las subescalas funcionales siguientes: funcionamiento de roles y funcionamiento social (con puntuaciones medianas del 100%), inmediatamente a continuación por el funcionamiento físico (con una puntuación mediana del 86,67%), sucediéndose el funcionamiento cognitivo (con un valor mediano del 83,3%).

Los resultados obtenidos en esta investigación son semejantes a los encontrados por Ganz y cols. (2002) quienes observaron que en la fase de supervivencia, la mayoría de las pacientes informaban de una significativa mejoría en su calidad de vida, así como del nivel de su funcionamiento y desempeño, que puede llegar a un funcionamiento

semejante al que tenían antes de la enfermedad, tal como demuestra el presente estudio en lo que concierne al funcionamiento de roles y social, que no evidencia ningún compromiso, sino un funcionamiento con valores medianos del 100%, respectivamente. Parece también que poco tiempo tras el tratamiento, la funcionalidad física y cognitiva de las supervivientes de cáncer es prácticamente recuperada.

Los resultados obtenidos indicaron también que el peor nivel de funcionamiento de las participantes del estudio que se encuentran en fase de supervivencia fue observado en la subescala *funcionamiento emocional* (con valor mediano del 75%). Esta evidencia fue comprobada en algunos estudios que constatan como se ven comprometidas algunas dimensiones de la calidad de vida de las mujeres supervivientes de cáncer, principalmente a nivel emocional, e incluso durante muchos años tras el tratamiento, a pesar de que este haya tenido éxito (Cordova et al., 1995; Gotay & Muraoka, 1998; Holzner et al., 2001; Taylor et al., 2002; Verosi et al., 2005; Thornton & Perez, 2007).

Al analizar la *escala de síntomas* se ha verificado una puntuación mediana del 12,82% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre el valor de 0% y el de 82,05%), reflejando niveles bajos, tanto en la presencia, como en la intensidad de los síntomas físicos relacionados con la enfermedad y tratamiento.

En lo que concierne a las *subescalas de síntomas*, se ha verificado que la fatiga presentó un valor mediano del 22% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre los valores de 0% y 100%); la subescala náuseas y vómitos ha exhibido un valor mediano del 0% (y una posibilidad de variabilidad que iba desde el valor de 0% al de 100%); y, finalmente, el dolor presentó un valor mediano del 16,67% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre los valores de 0% y 100%). En relación a los seis ítems simples de la escala de síntomas, se ha constatado que la disnea presentó un valor

mediano del 0% (y una posibilidad de variabilidad que iba desde el valor 0% al 100%); el insomnio exhibió un valor mediano del 33,33% (y una posibilidad de variabilidad comprendida entre los valores de 0% y de 100%); y, finalmente, las subescalas pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras presentaron valores medianos de 0% (y una posibilidad de variabilidad que iba de los valores de 0% al de 100%).

Algunos estudios, sugieren que un considerable número de supervivientes continúa sintiendo las consecuencias negativas del cáncer y de los tratamientos en su vida diaria, incluso antes de que hayan terminado los tratamientos de un modo eficaz. Cabe destacar que el *insomnio*, la *fatiga* persistente y el *dolor* son los efectos colaterales más frecuentes descritos por las supervivientes de cáncer de mama, siendo asociados a una menor CDRS (Irvine et al., 1994 cit. Bower et al., 2000; Servaes et al., 2002; Kuhn & Dow, 2003; Banthia et al., 2009; Reid-Arndt et al., 2010) y, naturalmente, a una capacidad de trabajo reducida (Ganz et al., 1996; King et al., 2000; Ganz et al., 2002; Helgeson & Tomich, 2005; Schroevers et al., 2006).

En la opinión de Pimentel (2006) y de Silva (2010), el cáncer de mama, los tratamientos y la supervivencia pueden implicar para la paciente alteraciones profundas en su salud a varios niveles y, de formas distintas, en las diferentes fases de la trayectoria de la enfermedad. Siendo así, cuando comparamos las dos muestras en estudio (fase de tratamiento y fase de supervivencia), encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas a nivel del *estado global de salud/calidad de vida* ($U= 8136,5$; $p_a= .028$) (fig.34) y al nivel del *estado funcional* ($U= 8038,0$; $p_a= .020$) (fig. 35).

Fig. 34. Estado de salud global/CV

Fig. 35. Estado funcional

Se verifican igualmente diferencias estadísticamente significativas en las *subescalas funcionales* funcionamiento físico ($U= 7982,5$; $p_a= .015$) (fig. 36) y funcionamiento de roles ($U= 7806,0$; $p_a= .004$) (fig. 37).

Fig. 36. Funcionamiento físico

Fig. 37. Funcionamiento de roles

Se constataron también diferencias estadísticamente significativas en las *subescalas de síntomas* fatiga ($U= 8153,5$; $p_a= .028$) (fig.38) y dolor ($U= 8119,5$; $p_a= .021$) (fig. 39).

Figura 38. Fatiga

Figura 39. Dolor

Tras el análisis de estas diferencias, constatamos que el grupo de mujeres con cáncer de mama en fase de supervivencia presentaron puntuaciones más elevadas a nivel del *estado de salud/calidad de vida* y a nivel de las *escalas funcionales* y sus respectivas subescalas, funcionamiento físico y funcionamiento de roles, al compararlas con el grupo de mujeres con cáncer de mama en el fase de tratamiento. Cabe destacar también, que las mujeres que se encontraban realizando el tratamiento para el cáncer de mama, síntomas como la fatiga y el dolor son más frecuentes o presentan una mayor intensidad al compararlas con las supervivientes de cáncer. Sin embargo, y porque algunas supervivientes requieren cuidados especiales, consideramos fundamental que los diferentes profesionales estén atentos a las posibles secuelas físicas y psicosociales del cáncer de mama, para poder reconocer, en el período de seguimiento (*follow-up*), los efectos tardíos que necesiten de especial atención (Holzner et al., 2001). En base a esta idea Dow y cols. (1996) consideran que se deben ofrecer cuidados adecuados a las pacientes, no sólo durante la realización de los tratamientos, sino también, aunque estos terminen, en el período de supervivencia.

A partir del análisis de la tabla 5, no se verifican diferencias estadísticamente significativas en las restantes subescalas del cuestionario de evaluación de la calidad de vida, entre los dos grupos de estudio (funcionamiento emocional: $U= 8832,5$; $p_a= .251$; funcionamiento cognitivo: $U= 9340,5$; $p_a= .697$; funcionamiento social: $U= 8395,0$; $p_a= .058$; escala de síntomas: $U= 8314,0$; $p_a= .055$; náuseas y vómitos: $U= 9547,5$; $p_a= .926$; disnea: $U= 9062,5$; $p_a= .158$; insomnio: $U= 8894,5$; $p_a= .269$; pérdida de apetito: $U= 9550,0$; $p_a= .931$; estreñimiento: $U= 8517,5$; $p_a= .051$; diarrea: $U= 9393,5$; $p_a= .564$; y, dificultades financieras: $U= 9248,0$; $p_a= .569$).

Aún así, parece importante destacar que en ambos grupos, el *funcionamiento emocional* fue lo que obtuvo resultados más bajos, revelando un peor nivel de desempeño de las participantes del estudio para esa subescala. Lo referido anteriormente corrobora las opiniones de varios autores que consideran que el diagnóstico de cáncer representa un acontecimiento de vida catastrófico para la mayoría de los individuos, teniendo un significativo impacto en la calidad de vida (Pereira & Lopes, 2005) y, particularmente, en el funcionamiento emocional de las mujeres con cáncer de mama, cualquiera que sea la fase de la trayectoria de la enfermedad en que se encuentren (Ramos & Patrão, 2005; Fobair et al., 2006; Samico, 2007; Sebastián et al., 2007; Gutiérrez, 2007; Takahashi et al., 2008; Montazeri, 2008; Moreira et al., 2008; Saurel et al., 2010; Duarte, 2010; Vázquez-Ortiz et al., 2010; Oudsten et al., 2010; Silva et al., 2011). Así, consideramos fundamental que los prestadores de salud estén atentos a las posibles secuelas emocionales inherentes a la vivencia del cáncer de la mama, para identificar sus causas a lo largo de toda la trayectoria de la enfermedad, con la finalidad de proporcionar a las pacientes los cuidados adecuados, para disminuir el compromiso en el funcionamiento emocional de estas mujeres.

También conviene destacar que los resultados se invierten, como era previsible, en lo tocante a las *escalas de síntomas*, ya que las mujeres que se encuentran realizando tratamiento presentan puntuaciones medianas más elevadas que las participantes que se encuentran en la fase de supervivencia.

Por lo expuesto anteriormente, puede concluirse que la primera hipótesis fue confirmada sólo en parte, principalmente en lo que se refiere a las diferencias entre los dos grupos de estudio (fase de tratamiento y fase de supervivencia), a nivel de la estrategia de *coping* preocupación ansiosa; y a las siguientes subescalas que componen el cuestionario de evaluación de la calidad de vida: *estado global de salud/calidad de*

vida; al *estado funcional* y a las respectivas subescalas: funcionamiento físico y funcionamiento de roles y, finalmente, a las subescalas de síntomas *fatiga* y *dolor*.

Conviene destacar también que la primera hipótesis no se confirma para la variable psicosocial (satisfacción con el apoyo social), dado que no se verifican diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio en ningún dominio de la “*Escala de Satisfação com o Suporte Social*”.

7.2.2. Segunda hipótesis

Las mujeres que emplean estrategias activas de afrontamiento tienen una mejor calidad de vida tanto en fase de tratamiento como en fase de supervivencia.

Esta hipótesis tiene como finalidad relacionar las variables siguientes: las estrategias de afrontamiento con la enfermedad (estrategias de *coping*) y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama que se encuentran en dos fases distintas de la trayectoria de la enfermedad, en la fase de tratamiento y en la fase de supervivencia.

Para medir la fuerza de asociación entre las estrategias activas de afrontamiento y la calidad de vida, y con la finalidad de comprobar esta hipótesis de estudio, se han determinado los coeficientes de correlación de Spearman, que nos permitieron averiguar las relaciones existentes entre las diferentes dimensiones de los instrumentos de medición. El coeficiente de correlación es una medida comúnmente utilizada para determinar la fuerza de asociación entre dos variables (ordinales o continuas) midiendo el tamaño de un determinado efecto, siendo que los valores ± 0.1 representan un pequeño efecto, valores ± 0.3 representan un efecto mediano o moderado y los valores ± 0.5 un gran efecto. Vamos a considerar tan solo valores superiores a 0.3 para ser restrictivos en los análisis. Cabe destacar también que, la señal negativa de la correlación significa que las variables varían en sentido contrario, es decir, las categorías más elevadas de una variable están asociadas a categorías más bajas de otra variable (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008; Field, 2009).

En la tabla siguiente se presentan los coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones resultantes de la escala Mini-MAC para evaluación de las estrategias de *coping* con las dimensiones resultantes del cuestionario EORTC QLQ-

C30 para evaluación de la calidad de vida de las participantes en el estudio, en la *fase de tratamiento* (n=139) (Tabla 6).

Tabla 6. Coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones resultantes de la escala Mini-MAC con las dimensiones resultantes del cuestionario EORTC QLQ-C30 de las participantes en el estudio, en la fase de tratamiento.

		Mini-MAC:				
		Desánimo/debilidad	Preocupación ansiosa	Espíritu de lucha	Evitación cognitiva	Fatalismo
EORTC QLQ-C30						
Estado de Salud Global / Calidad de vida	CCS	-,367**	-,407**	,312**	-,217*	,012
Estado Funcional	CCS	-,404**	-,490**	,255**	-,126	,058
Funcionamiento Físico	CCS	-,363**	-,354**	,254**	-,046	,003
Funcionamiento de Roles	CCS	-,223**	-,217*	,142	-,108	,070
Funcionamiento Emocional	CCS	-,278**	-,447**	,194*	-,067	,007
Funcionamiento Cognitivo	CCS	-,272**	-,348**	,165	-,024	,125
Funcionamiento Social	CCS	-,372**	-,427**	,263**	-,167	,076
Escala de Síntomas	CCS	,280**	,378**	-,168*	,141	-,018
Fatiga	CCS	,222**	,362**	-,175*	,091	-,012
Náuseas y Vómitos	CCS	,067	,130	-,004	-,047	-,132
Dolor	CCS	,202*	,262**	-,139	,096	-,007
6 ítems simples						
Disnea	CCS	,289**	,202*	-,226**	,096	,004
Insomnio	CCS	,219**	,298**	-,099	,042	-,065
Pérdida de Apetito	CCS	,170*	,297**	,015	,270**	,098
Estreñimiento	CCS	,077	,108	,005	,081	-,052
Diarrea	CCS	-,080	-,004	,033	,028	,023
Dificultades Financieras	CCS	,174*	,168*	-,062	,136	,091

CCS – Coeficiente de Correlación de Spearman;

** . Coeficiente de Correlación significativamente diferente de 0 para un nivel de significación de 0,01 (2-tailed).

* . Coeficiente de Correlación significativamente diferente de 0 para un nivel de significación de 0,05 (2-tailed).

Tras la observación de la tabla 6, se verifica que en el grupo de mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento existen correlaciones negativas moderadas entre el *estado de salud global/calidad de vida* y las estrategias de *coping* preocupación ansiosa ($r = -.407$) y desánimo/debilidad ($r = -.367$). Estos resultados muestran que el uso de estas estrategias de *coping* disminuye la percepción del estado de salud global y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento.

Varios estudios corroboran esta asociación, cuando se refieren a que las pacientes que utilizan estrategias de *coping* pasivas y poco adaptativas, como la *estrategia preocupación ansiosa*, que se caracteriza por una ansiedad persistente, por la percepción de que el cáncer constituye una gran amenaza para su supervivencia y por la sensación de falta de control sobre el curso de la enfermedad; de la misma forma, el recurso a la estrategia desánimo/debilidad, caracterizada por el pesimismo, por la ausencia de estrategias de *coping* activo y por la falta de control sobre la enfermedad, conducen a la vivencia de emociones exacerbadas por parte de las enfermas y, por consiguiente, se asocian a una evaluación menos positiva de su estado de salud global y de su calidad de vida (Greer & Watson, 1987; Greer et al., 1989; Berlanga et al., 1995; Anagnostopoulos et al., 2006; Varela & Leal, 2007).

La literatura hace también referencia al hecho de que estas estrategias predicen no sólo una reducción del estado de salud y de la calidad de vida de estas pacientes, sino también anuncian una pobre adaptación al cáncer (Rodríguez et al., 1994; Grassi et al., 2004; Avis et al., 2005).

Por el contrario, cabe destacar la correlación positiva moderada entre el *estado de salud global/calidad de vida* y la estrategia de *coping* espíritu de lucha ($r = .312$), indicando que cuanto más frecuente sea la utilización de esta estrategia de

afrontamiento, mejor será la evaluación del estado de salud global y de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento.

Son varias las investigaciones que corroboran esta asociación. Un ejemplo de esto es la investigación llevada a cabo por Cardoso y cols. (2010), que abogan que a pesar de que cada enfermo lidie con el cáncer de forma personal e idiosincrática, las mujeres que utilizan estrategias de *coping* enfocadas en el problema (*coping* activo), durante la realización del tratamiento, consiguen mantener una mejor calidad de vida. De igual modo, Varela y Leal (2007), citando a Kann (1995) consideran que el coping eficaz con la enfermedad oncológica requiere el uso de estrategias de afrontamiento orientadas a la *resolución del problema*, ya que este preserva la integridad física del individuo, ayuda a mantener las relaciones y el desempeño de los diferentes roles sociales (familiares, sociales, laborales, ocupacionales, entre otros) y permite el mantenimiento de un autoconcepto positivo, dado que la paciente cree que tiene capacidad y recursos que le permiten tener un control directo sobre su enfermedad (Varela & Leal, 2007). Shapiro y cols. (2001) consideran que el uso de estrategias de afrontamiento activas frente al cáncer de mama conduce a una reducción del impacto negativo del cáncer en la vida de estas mujeres (Watson & Greer, 1998; Rustoen & Begnum, 2000). En este sentido, Silva y cols. (2011) concluyeron que, durante la fase de tratamiento, el recurso a estrategias de *coping* activas y la aceptación de la enfermedad se asocian a una mejor calidad de vida global y psicológica.

De acuerdo con Greer y cols. (1989), entre un abanico variado de respuestas consideradas más y menos adaptativas de afrontamiento, el *espíritu de lucha* se visualiza como un conjunto de respuestas más adaptativas. Un paciente que recurra a la estrategia *espíritu de lucha* encara el diagnóstico de cáncer como un desafío posible de ser superado, tiene una visión optimista del futuro (pronóstico de la enfermedad), cree

que posee algún control personal sobre el curso de la enfermedad, procura información apropiada acerca del cáncer y tiene ganas de participar en la lucha contra la enfermedad, asumiendo un papel activo en su rehabilitación y recuperación, procurando combatirla y vivir una vida tan normal como sea posible, lo que le proporciona una percepción de su calidad de vida más positiva (Moorey & Greer, 2002 cit. Silva, 2010; Berlanga et al., 1995). De igual modo, Watson y Greer (1998), Rowland y Massie (1998) y Cardoso y cols. (2010) afirman que las mujeres que utilizan un patrón activo de espíritu de lucha para resolver los problemas inherentes al tratamiento de cáncer de mama son capaces de adaptarse mejor a la enfermedad y, por consiguiente, obtienen una mejor evaluación de su calidad de vida. Análogamente, varias investigaciones, principalmente las realizadas por Anagnostopoulos y cols. (2006) y Varela y Leal (2007), permitieron concluir que, en la fase de tratamiento del cáncer de mama, el *espíritu de lucha* constituye una estrategia adaptativa, pronosticadora de bienestar y de adaptación psicosocial a la enfermedad y de una buena percepción global de salud y de calidad de vida (Fawzy et al., 1990; Felton & Revenson, 1984; Greer, 1994; Heim, Valach & Schaffner, 1997; Lavery & Clarke, 1996; Southwick et al., 2005; Cardoso et al., 2010).

Parece también importante destacar que, según la opinión de Cardoso y cols. (2010), también la resiliencia psicológica, vista como una forma activa de *coping* con la enfermedad oncológica y conceptualizada como la capacidad de resistir a la adversidad, es un factor que permite a la paciente mantener su calidad de vida, incluso en situaciones altamente adversas e inmodificables, como la experiencia de cáncer de mama y su tratamiento (Carver & Antoni, 2004), animando a la adaptación a las situaciones desafiantes y estresantes, por medio de una confrontación activa y de la búsqueda de respuestas positivas que la puedan reconducir a un estado de equilibrio biopsicosocial y espiritual (Stanton et al., 2006; Helgeson & Lopez, 2010).

De este modo, el *coping* activo, basado en acciones que busquen resolver, alterar o lidiar con el origen del problema, está asociado al mejor bienestar, mayor satisfacción con la vida, mejor calidad de vida relacionada con la salud, mejor adhesión a las indicaciones terapéuticas y, por consiguiente, promueve un adecuado período de recuperación, debido a la mayor implicación de las enfermas en su tratamiento, llevándolas a una recuperación más eficaz, funcionando las estrategias activas de *coping* como mediadoras del proceso de tratamiento.

Se constatan también correlaciones negativas entre el *estado funcional* del EORTC QLQ-C30 y las estrategias de *coping* preocupación ansiosa ($r = -.490$) y desánimo/debilidad ($r = -.404$). Estos resultados revelan que el aumento de la utilización de estas estrategias de *coping* ha disminuido el desempeño y el funcionamiento cotidiano de estas mujeres a varios niveles, reflejado principalmente en las correlaciones negativas moderadas entre la preocupación ansiosa y el funcionamiento emocional ($r = -.447$), el funcionamiento social ($r = -.427$), el funcionamiento físico ($r = -.354$) y el funcionamiento cognitivo ($r = -.348$); y en las correlaciones negativas moderadas entre la estrategia desánimo/debilidad y el funcionamiento social ($r = -.372$) y el funcionamiento físico ($r = -.363$).

Con estos resultados, podemos inferir que las pacientes en la fase de tratamiento que recurren a las estrategias de *coping* preocupación ansiosa y desánimo/debilidad presentan un estado funcional comprometido, principalmente a nivel emocional (exacerbación de emociones negativas), social (disminución de relaciones y de actividades sociales), físico (menor bienestar físico y mayor incomodidad, falta de energía, dolores, entre otros) y cognitivo (comprometimiento de procesos cognitivos, tales como la percepción, la memoria, el aprendizaje y la consciencia) (Verosi et al., 2005; Thornton & Perez, 2007; Rebelo et al., 2007; Alegrance et al., 2010).

Se verifican también correlaciones positivas moderadas entre la *escala de síntomas* del EORTC QLQ-C30 y la estrategia de *coping* preocupación ansiosa ($r = .378$). Estos resultados muestran que el aumento de la utilización de esta estrategia de *coping* aumenta la sintomatología de la enfermedad en las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento, ya que su ansiedad persistente, motivada por la creencia de que el cáncer constituye una gran amenaza a su supervivencia, exacerba la sintomatología inherente al tratamiento del cáncer de mama; de este modo, se verifica, principalmente, que el síntoma más frecuente o intenso y, por consiguiente, aquél que ejerce una mayor influencia sobre la calidad de vida de estas enfermas es la fatiga, debido a la correlación encontrada entre este dominio del EORTC QLQ-C30 y la estrategia de *coping* preocupación ansiosa ($r = .362$). La prevalencia de este síntoma fue igualmente confirmada en un estudio realizado por Ribeiro (2003), cuando analizó la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. De este modo, y porque los niveles elevados de fatiga parecen pronosticar un peor desempeño de las enfermas, principalmente a nivel de su funcionamiento físico, este parece ser un síntoma que no se debe menospreciar, principalmente cuando presenta implicaciones en la calidad de vida de las enfermas.

También conviene destacar que, según Rummans y cols. (1998, citado por Tupholme, 2008), la sintomatología asociada al cáncer y a su tratamiento influye considerablemente en la percepción de la salud y calidad de vida de estos enfermos.

En la tabla 7 se pueden observar los coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones resultantes de la escala Mini-MAC para evaluación de las estrategias de *coping* con las dimensiones resultantes del cuestionario EORTC QLQ-C30 para evaluación de la calidad de vida de las participantes en el estudio, en la *fase de supervivencia* ($n=139$)

Tabla 7. Coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones resultantes del cuestionario EORTC QLQ-C30 con las dimensiones resultantes del cuestionario Mini-MAC de las participantes en el estudio, en la fase de supervivencia.

		Mini-MAC:				
		Desánimo/debilidad	Preocupación ansiosa	Espíritu de lucha	Evitación cognitivo	Fatalismo
EORTC QLQ-C30						
Estado de Salud Global / Calidad de vida	CCS	-,479**	-,416**	,303**	,070	,055
Estado Funcional	CCS	-,400**	-,404**	,166	,027	,013
Funcionamiento Físico	CCS	-,349**	-,378**	,139	-,030	-,079
Funcionamiento de Roles	CCS	-,331**	-,328**	,130	,043	-,065
Funcionamiento Emocional	CCS	-,345**	-,315**	,133	,006	,053
Funcionamiento Cognitivo	CCS	-,267**	-,370**	,170*	,093	,067
Funcionamiento Social	CCS	-,347**	-,274**	,162	,172*	,131
Escala de Síntomas	CCS	,335**	,309**	-,069	,009	,081
Fatiga	CCS	,308**	,313**	-,134	-,042	,035
Náusea y Vómitos	CCS	,191*	,168*	,028	-,065	,136
Dolor	CCS	,332**	,329**	-,142	-,092	,012
6 ítems simples						
Disnea	CCS	,248**	,252**	-,113	-,094	-,001
Insomnio	CCS	,379**	,338**	-,150	-,024	-,038
Pérdida de Apetito	CCS	,253**	,176*	-,047	-,097	-,008
Estreñimiento	CCS	,184*	,181*	,024	,088	,060
Diarrea	CCS	,056	,095	-,023	-,078	,107
Dificultades Financieras	CCS	,193*	,154	,063	,113	,107

CCS – Coeficiente de Correlação de Spearman;

**. Coeficiente de Correlação significativamente diferente de 0 para um nível de significância de 0,01 (2-tailed).

*. Coeficiente de Correlação significativamente diferente de 0 para um nível de significância de 0,05 (2-tailed).

Los datos de la tabla 7 muestran que, en el grupo de mujeres con cáncer de mama en fase de supervivencia, existen correlaciones negativas moderadas entre el

estado de salud global/calidad de vida y las estrategias de *coping* desánimo/debilidad ($r = -.479$) y preocupación ansiosa ($r = -.416$). Estos resultados muestran que el uso de estas estrategias de *coping* disminuye la evaluación del estado de salud global y la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en fase de supervivencia.

Siendo así, el uso de la estrategia de *coping* desánimo/debilidad, caracterizada por el pesimismo, por la ausencia de estrategias de *coping* activo con la enfermedad y por la falta de control sobre el cáncer, así como el recurso a la estrategia preocupación ansiosa, consustanciada en una ansiedad persistente provocada por la percepción de que el cáncer constituye una amenaza a su supervivencia, motivado principalmente por el miedo de la recurrencia de la enfermedad, están inversamente asociadas a la calidad de vida, o sea, comprometen la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama (Ferrell et al., 1996; Spencer et al., 1998; Gray et al., 1998 cit. Allen et al., 2009; Schou et al., 2004; Schou et al., 2005). Cabe destacar que, según Schag y cols. (1993, citado por Allen et al., 2009), las mujeres que informan de niveles elevados de ansiedad y de estrés en la fase de supervivencia, tienden a ver disminuida, a largo plazo, su adaptación a la enfermedad. A su vez, Deimling y cols. (2006) consideran que las mujeres que continúan recurriendo a la negación, tras el fin de los tratamientos, están en mayor riesgo de desarrollar estados elevados de ansiedad o incluso depresión; ya que la negación no les permite resolver favorablemente la experiencia de la vivencia del cáncer, colocándola en la memoria del pasado y las preocupaciones inherentes a este proceso continúan predominando en la vida del día a día.

Los resultados obtenidos en el presente estudio evidencian también una correlación positiva moderada entre el *estado de salud global/calidad de vida* y la estrategia de *coping* espíritu de lucha ($r = .303$), indicando que, cuanto más frecuente es la utilización de esta estrategia de *coping* con la enfermedad, mejor será la evaluación

del estado de salud global y de la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama.

Varios estudios corroboran esta asociación, considerando que el *coping* basado en la resolución de problemas, en la reestructuración cognitiva, en la aceptación y en la ventilación emocional (verbalización de emociones y sentimientos) están asociados positivamente a la calidad de vida de las supervivientes del cáncer de mama (Heim, et al., 1997; Kershaw et al., 2004; Avis et al., 2005; Manuel et al., 2007; Filazoglu & Griva, 2008; Danhaeur et al., 2009; Reich & Remor, 2011) y, por consiguiente, predicen una mejor adaptación psicológica a la enfermedad (Ferrero et al., 1994; Akechi et al., 1998; Ribeiro et al., 2003).

Se constatan también correlaciones negativas moderadas entre el estado funcional del QLQ-C30 y sus estrategias de *coping* desánimo/debilidad ($r = -.400$) y preocupación ansiosa ($r = -.404$). Estos estudios revelan que el aumento de la utilización de estas estrategias de *coping* disminuye el estado funcional de las participantes del estudio en fase de supervivencia reflejadas principalmente en las correlaciones negativas moderadas entre la estrategia de *coping* desánimo/debilidad y el funcionamiento de roles ($r = -.331$), el funcionamiento emocional ($r = -.345$), el funcionamiento social ($r = -.347$) y el funcionamiento físico ($r = -.349$); y entre la estrategia de *coping* preocupación ansiosa y el funcionamiento emocional ($r = -.315$), el funcionamiento de roles ($r = -.328$), o funcionamiento cognitivo ($r = -.370$) y el funcionamiento físico ($r = -.378$).

Ante estos resultados, podemos inferir que las pacientes que, en la fase de supervivencia, recurren a las estrategias de *coping* preocupación ansiosa y desánimo/debilidad tienen comprometido su estado funcional, principalmente a nivel del desempeño de sus roles sociales (familiares, sociales, laborales, entre otros), a nivel

emocional (exacerbación de emociones negativas debido al miedo de la recurrencia de la enfermedad y dificultades en la gestión de esos síntomas emocionales), social (disminución de relacionamientos y de actividades sociales), físico (menor bienestar físico y dificultades en la gestión de la incomodidad física) y cognitivo (comprometimiento de procesos cognitivos, tales como, la percepción, la memoria, el aprendizaje y la consciencia) (Ganz et al., 1996; Rodríguez, 1999; King et al., 2000; Ganz et al., 2002; Helgeson & Tomich, 2005; Verosi et al., 2005; Wade et al., 2005; Schroevers et al., 2006; Thornton & Perez, 2007; Alegrance et al., 2010).

Corroborando los resultados de este estudio, Allen y cols. (2009) y Silva (2010) revelan que el fin de los tratamientos es descrito frecuentemente por las pacientes como un período difícil, haciendo que las enfermas tengan que enfrentarse a múltiples amenazas y nuevas experiencias, imponiendo a la mujer una evaluación continua de la amenaza (Zebrack, 2000), en la que surgen sentimientos de desprotección, ansiedad, depresión, incertidumbre o vulnerabilidad (Mullan, 1985; Arora et al., 2007) que repercuten de algún modo, en la forma en que se enfrentan a la enfermedad y la integran en su vida y, consecuentemente, influirán en su calidad de vida y adaptación psicosocial al cáncer de mama (Hoskins et al., 1996; McCaul et al., 1999; Kissane et al., 1997 cit. Rodríguez, 1999; Cohen et al., 2000; Livneth, 2000; Brennan, 2001; Estapé, 2002; Stanton et al., 2002; Kim et al., 2003; Bishop & Warr, 2003; Letho et al., 2005; Wong-King & Bloom, 2005; Ramos & Patrão, 2005; Franks & Roesch, 2006; Vachon, 2006; Pinto, 2007; Novais da Silva, 2010; Silva et al., 2011).

Se verifican también correlaciones positivas moderadas entre la *escala de síntomas* del QLQ-C30 y la estrategia de *coping* desánimo/debilidad ($r = .335$). Estos resultados revelan que el aumento de la utilización de la estrategia de *coping* desánimo/debilidad aumenta la sintomatología de la enfermedad en las supervivientes

de cáncer de mama, constatándose que los síntomas más frecuentes o intensos son, principalmente, el insomnio ($r = .379$), la fatiga ($r = .332$) y el dolor ($r = .308$). Se constatan también correlaciones positivas moderadas entre la escala de síntomas del EORTC QLQ-C30 y la estrategia de *coping* preocupación ansiosa ($r = .309$). Estos resultados muestran que el aumento del uso de esta estrategia de *coping* aumenta la sintomatología de la enfermedad en las mujeres con cáncer de mama en fase de supervivencia, principalmente la fatiga, el dolor y el insomnio, debido a las correlaciones entre estos dominios del EORTC QLQ-C30 y la estrategia de *coping* preocupación ansiosa ($r = .313$, $r = .329$ y $r = .338$, respectivamente).

Conviene destacar que la mayor parte de la literatura acerca de este tema se centra, esencialmente, sobre la fatiga, dado que la fatiga persistente es uno de los efectos colaterales más frecuentes descritos por las supervivientes de cáncer de mama, siendo asociada a una menor calidad de vida de estas mujeres (Irvine et al., 1994, citado por Bower et al., 2000; Servaes et al., 2002; Kuhn & Dow, 2003; Banthia et al., 2009; Reid-Arndt et al., 2010).

Numerosos estudios han demostrado una relación entre las estrategias de *coping*, la calidad de vida y la adaptación psicosocial de las mujeres con cáncer de mama (Kershaw et al., 2004; Avis et al., 2005; Danhauer et al., 2009).

En este sentido, parece importante señalar que varias investigaciones consideran que las estrategias de afrontamiento con el cáncer pueden ser más o menos favorables en las diferentes fases de la enfermedad, asumiendo, sin embargo, un papel fundamental en los resultados en términos de bienestar físico, emocional y psicosocial de los individuos (Endler et al., 1993; Ribeiro, 2005; Gomes, 2008). De este modo, según la opinión de Danhauer y cols. (2009), las enfermas que antes responden a los cambios que les son impuestos por la enfermedad, utilizando, para tal, estrategias de *coping* más

adecuadas a las circunstancias, lidian mejor con la situación de la enfermedad (Zeidner & Saklofske, 1996), mantienen elevadas expectativas en cuanto a los resultados de sus acciones, sienten que tienen control sobre la afección, presentan una mejor calidad de vida (Ogden, 1999) y, consecuentemente, presentan una mejor adaptación psicosocial al cáncer de mama (Bloom et al., 1998; Watson & Greer, 1998; Deimling et al., 2006; Towsley et al., 2007). Sin embargo, varios estudios consideran que la estrategia activa *espíritu de lucha* se asocia a estrategias de *coping* más constructivas (*coping* enfocado en la resolución del problema), la mejor calidad de vida, y por consiguiente, parece facilitar y pronosticar una adaptación psicosocial más positiva al cáncer de mama a lo largo de la trayectoria de la enfermedad (Bishop, 1994; Stanton et al., 2002; Ribeiro, 2002; Varela & Leal, 2007; Filazoglu & Griva, 2008).

Según lo señalado anteriormente, se puede concluir que la segunda hipótesis ha sido confirmada, dado que las mujeres que emplean estrategias activas de afrontamiento tienen una mejor calidad de vida, tanto en fase de tratamiento como en fase de supervivencia. A lo largo de la trayectoria de la enfermedad, la utilización de estrategias activas, positivas y adaptativas de *coping* están relacionadas positivamente con la evaluación del estado de salud global y la calidad de vida; al contrario, el recurso a estrategias pasivas, negativas y poco adaptativas están inversamente relacionadas con el estado de salud global y con la calidad de vida de estas mujeres.

7.2.3. Tercera hipótesis

La satisfacción con el apoyo social en mujeres tanto en fase de tratamiento como en fase de supervivencia incide sobre la calidad de vida, a mayor satisfacción mejor calidad de vida.

Esta hipótesis tiene como intención relacionar las variables siguientes: la satisfacción con el soporte social y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama que se encuentran en dos fases distintas de la trayectoria de la enfermedad, en la fase de tratamiento y en la fase de supervivencia.

Para medir la fuerza de asociación entre la satisfacción con el soporte social y la calidad de vida y, con la finalidad de comprobar la tercera hipótesis de estudio, se han determinado los coeficientes de correlación de Spearman, que nos han permitido averiguar las relaciones existentes entre las diferentes dimensiones de los dos instrumentos de medida. Así, a semejanza de lo que definimos para la hipótesis anterior, vamos a considerar tan solo valores superiores a 0.3 para ser restrictivos en los análisis. También conviene recordar que la señal relativa de correlación significa que las variables varían en sentido contrario, es decir, las categorías más elevadas de una variable están asociadas a categorías más bajas de la otra variable (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008; Field, 2009).

En la tabla siguiente se presentan los coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones resultantes de la ESSS para evaluación de la satisfacción con el soporte social con las dimensiones del cuestionario EORTC QLQ-C30 para evaluación de la calidad de vida de las participantes en el estudio, en la *fase de tratamiento* (n=139) (Tabla 8).

Tabla 8. Coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones resultantes del cuestionario EORTC QLQ-C30 con las dimensiones del cuestionario ESSS de las participantes del estudio, en la fase de tratamiento.

Escala de satisfacción con el soporte social (ESSS):						
		Global	Satisfacción con Amigos	Intimidad	Satisfacción con la Familia	Actividades Sociales
EORTC QLQ-C30						
Estado de Salud Global / Calidad de vida	CCS	,405**	,392**	,279**	,295**	,372**
Estado Funcional	CCS	,501**	,461**	,308**	,483**	,478**
Funcionamiento Físico	CCS	,321**	,315**	,234**	,252**	,283**
Funcionamiento de Roles	CCS	,231**	,233**	,041	,268**	,269**
Funcionamiento Emocional	CCS	,492**	,469**	,301**	,493**	,451**
Funcionamiento Cognitivo	CCS	,413**	,318**	,305**	,402**	,396**
Funcionamiento Social	CCS	,464**	,423**	,291**	,373**	,485**
Escala de Síntomas	CCS	-,355**	-,349**	-,206*	-,389**	-,315**
Fatiga	CCS	-,228**	-,245**	-,126	-,272**	-,191*
Náuseas y Vómitos	CCS	-,198*	-,168*	-,154	-,232**	-,189*
Dolor	CCS	,280**	-,297**	-,121	-,240**	-,272**
6 ítems simples						
Disnea	CCS	,247**	-,221**	-,267**	-,221**	-,218*
Insomnio	CCS	,265**	-,251**	-,193*	-,227**	-,256**
Pérdida de Apetito	CCS	,247**	-,240**	-,189*	-,251**	-,238**
Estreñimiento	CCS	,089	-,080	-,081	-,164	-,062
Diarrea	CCS	,132	-,133	-,084	-,156	-,067
Dificultades Financieras	CCS	,273**	-,212*	-,229**	-,227**	-,266**

CCS – Coeficiente de Correlación de Spearman;

**. Coeficiente de Correlación significativamente diferente de 0 para un nivel de significancia de 0,01 (2-tailed).

*. Coeficiente de Correlación significativamente diferente de 0 para un nivel de significancia de 0,05 (2-tailed).

A través de la observación y del análisis de la tabla 8, se verifica que en el grupo de mujeres con cáncer de mama fase de tratamiento existen correlaciones positivas moderadas entre el *estado de salud global/calidad de vida* y todos los dominios de la

ESSS (r (CCS), que varió entre .279 y .405). Estos resultados demuestran que, cuanto mayor sea la satisfacción con el soporte social percibido, mejor será la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento.

Lo referido anteriormente va al encuentro de las conclusiones de varios estudios que comprueban que la creencia que la mujer posee, de que los demás están disponibles para proporcionarle apoyo en caso de que lo necesite, ejerce efectos benéficos a diversos niveles de su vida, repercutiéndose principalmente en la mejoría de su salud global en su bienestar psicológico y emocional y en la mejoría de su calidad de vida (Bloom, 1982; Dunkel-Schetter, 1984; Israel & Schurman, 1990, citado por Kim et al., 2010; Glanz & Lerman, 1992; Navalhas, 1998; Ribeiro, 1999; Bloom et al., 2001; Sammarco, 2001; Santos et al., 2003; Holland & Holahan, 2003; Gomes, 2008; Shelby et al., 2008; Bozo et al., 2009; Ramos & Lustosa, 2009; Alegrance et al., 2010). Watson y Greer (1998) y Rowland y Massie (1998) afirman también que las mujeres con cáncer de mama que se sienten satisfechas con el apoyo social recibido son capaces de adaptarse mejor a la fase de tratamiento de la enfermedad.

Se verifican también correlaciones positivas moderadas y elevadas entre el *estado funcional* del EORTC QLQ-C30 y los dominios de la ESSS (r (CCS), que varió entre .308 y .501). Estos resultados revelan que el aumento de la satisfacción con el soporte social aumenta el estado funcional de estas mujeres, reflejado, principalmente en las correlaciones positivas moderadas entre el dominio de la ESSS – satisfacción con el soporte social global y las subescalas del EORTC QLQ-C30 funcionamiento emocional ($r = .492$), el funcionamiento social ($r = .464$), el funcionamiento cognitivo ($r = .413$) y el funcionamiento físico ($r = .321$).

Estos resultados nos permiten inferir que las pacientes que se sienten satisfechas con el soporte social global, durante el período de tratamiento del cáncer, presentan una

mejor capacidad de gestión emocional, son capaces de mantener sus relacionamientos sociales e interpersonales, presentan un buen desempeño cognitivo y revelan menor compromiso a nivel de su bienestar físico. Lo referido anteriormente corrobora la opinión de varios autores, principalmente la de Pinto (2007) y la de Kim y cols. (2010), cuando consideran que el apoyo social y las relaciones interpersonales satisfactorias tienen un papel positivo en la recuperación de la enferma, funcionando como uno de los recursos psicosociales más utilizados por las pacientes, ayudándolas a lidiar y atenuar y a protegerse de los efectos psicológicos adversos de circunstancias reveladoras de estrés, tales como los efectos secundarios de la terapéutica del cáncer de mama en su estado funcional (Rodin & Salovey, 1989, cit. por Ribeiro, 1999; Serra, 1999; Durá & Hernández, 2002; Cornwell, 2003; Hoffmann et al., 2006; Gutiérrez, 2007; Piazza et al., 2007).

También cabe destacar que, las correlaciones positivas moderadas entre los dominios de la ESSS – satisfacción con los amigos y las siguientes subescalas del estado funcional del QLQ-C30: funcionamiento emocional ($r = .469$), funcionamiento social ($r = .423$), funcionamiento cognitivo ($r = .318$) y funcionamiento físico ($r = .315$); el dominio de la ESSS - intimidad y las subescalas del estado funcional del QLQ-C30: funcionamiento cognitivo ($r = .305$) y funcionamiento emocional ($r = .301$); el dominio de la ESSS – satisfacción con la familia y las subescalas del estado funcional del QLQ-C30: funcionamiento emocional ($r = .493$), funcionamiento cognitivo ($r = .402$) y funcionamiento social ($r = .373$); y, por último, la subescala de la ESSS - actividades sociales y las siguientes subescalas del estado funcional del QLQ-C30: funcionamiento social ($r = .485$), funcionamiento emocional ($r = .451$) y funcionamiento cognitivo ($r = .396$).

Estos resultados muestran que la satisfacción con el apoyo social proporcionado por los diferentes prestadores de apoyo mejora el desempeño y el funcionamiento en las diversas áreas de la vida de la mujer, incluso cuando ésta se encuentra realizando un tratamiento para el cáncer, pareciendo que el apoyo social atenúa el compromiso funcional durante este período de la enfermedad. Varios estudios corroboran esta asociación, dado que el soporte social parece constituir un factor protector cuando el individuo experimenta un estresor, moderando la influencia negativa de este en su salud y en su bienestar (Sarason et al., 1990; Callaghan & Morrissey, 1993; Helgeson & Cohen, 1996). De este modo, la percepción de bienestar físico, psicológico, emocional, cognitivo y social de las pacientes con cáncer parece estar claramente asociada a su contexto social (Die Trill, 1999; Die Trill, 2003; Moreira et al., 2009). Son varias las investigaciones que consideran que el soporte social intercede en la relación entre el estrés y los resultados de *coping* y la salud/calidad de vida, ejerciendo un *efecto mediador* de los efectos deletéreos inherentes al tratamiento de cáncer (Ward et al., 1991; Akechi et al., 1998; Fridfinnsdottir, 1997; Underwood, 2000).

Se constatan también correlaciones negativas moderadas entre la *escala de síntomas* del EORTC QLQ-C30 y todos los dominios de la ESSS (r (CCS) que varió entre $-.206$ e $-.389$). Estos resultados muestran que la satisfacción con el soporte social recibido disminuye la sintomatología inherente a la fase de tratamiento de las mujeres con cáncer de mama, influyendo en su calidad de vida (Ward et al., 1991). Resultados semejantes fueron encontrados en varias investigaciones que verificaron que los individuos que experimentaban elevados niveles de estrés desarrollarían bajos síntomas de sintomatología física y psicológica si tuviesen mayores niveles de apoyo social (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990). De igual modo, Callaghan y Morrissey (1993) consideran que los individuos con un elevado soporte social parecen estar más

capacitados para enfrentarse a acontecimientos de la vida estresantes que aquellos que poseen un bajo soporte social, los cuales se vuelven más vulnerables (Callaghan & Morrissey, 1993) frente a la adversidad.

La tabla 9 presenta los coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones resultantes de la ESSS para evaluación de la satisfacción con el soporte social con las dimensiones resultantes del cuestionario EORTC QLQ-C30 para evaluación de la calidad de vida de las participantes en el estudio, en la *fase de supervivencia* (n=139).

A través de la observación y análisis de la tabla 9, se verifica que en el grupo de mujeres con cáncer de mama en fase de supervivencia, existen correlaciones positivas, a pesar de que éstas sean débiles entre el *estado de salud global/calidad de vida* y la mayoría de los dominios de la ESSS (r (CCS) que varió entre .186 y .280); se exceptúan los resultados obtenidos en la subescala de la ESSS - actividades sociales -, que presenta una correlación positiva moderada ($r = .318$). Estos resultados muestran que la satisfacción con el soporte social mejora la evaluación del estado de salud global y de la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama, revelándose de crucial importancia la satisfacción de las supervivientes con las actividades sociales.

Estos datos se adaptan a los resultados de búsquedas anteriores cuando sugieren que la creencia de que los demás están disponibles para proporcionar apoyo ejerce efectos benéficos, a diversos niveles, en la mujer con cáncer de mama, principalmente, en lo que concierne a la evidente mejoría en su salud global, en su bienestar psicológico y emocional y en su calidad de vida (Buck & Parke, 1972 cit. Kim et al., 2010; Bloom, 1982; Dunkel-Schetter, 1984; Israel & Schurman, 1990, citado por Kim et al., 2010; Glanz & Lerman, 1992; Navalhas, 1998; Ribeiro, 1999; Bloom et al., 2001; Santos et al., 2003; Sammarco, 2003; Holland & Holahan, 2003; Sammarco, 2004; Gomes, 2008;

Bozo et al., 2009; Ramos & Lustosa, 2009). En concordancia con estos resultados están también Watson y Greer (1998) y Rowland y Massie (1998), cuando afirman que las mujeres que se sienten satisfechas con el soporte social son capaces de adaptarse mejor a la enfermedad, contribuyendo para una mejor calidad de vida e, incluso, una mayor supervivencia de estas enfermas.

Conviene destacar también que implicación de las supervivientes en actividades sociales, principalmente, las realizadas en el seno de la familia o con los amigos, o incluso su integración en asociaciones destinadas al apoyo de los enfermos con cáncer de mama, así como a través de la participación en grupos de apoyo o en grupos de autoayuda, tanto si son presenciales como virtuales (Amichai-Hamburger & Furham, 2007; Amichai-Hamburger & Barak, 2009; Barak et al., 2010; Shim et al., 2011), contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida y su bienestar psicosocial, promoviendo notables mejoras en el proceso de adaptación psicológica de estas mujeres a la enfermedad (OMS, 1993 cit. Durá & Hernández, 2002; Michael et al., 2002; Fogel et al., 2002; Ben-Ze'ev, 2004; Schneider et al., 2004; Lieberman & Goldstein, 2005; Owen et al, 2005; Hoybye, Johansen & Thomsen, 2005; Amichai-Hamburger & Furnham, 2007; Gutiérrez, 2007; Font & Rodríguez, 2007; Cameron et al., 2007; Die Trill, 2007; Bellver, 2007; Stumm et al., 2009; Santos, 2009; Amichai-Hamburger & Barak, 2009; Barak et al., 2010; Salzer et al., 2010; Schneider et al., 2011).

Varias investigaciones proporcionan evidencias de que la satisfacción con el apoyo social, independientemente de la fuente de apoyo, asume un papel primordial en el sentido de facilitar la recuperación de la salud física, psicológica, social y emocional de la mujer superviviente de cáncer, así como aumentar la supervivencia de estas mujeres y, por consiguiente, facilitar y optimizar su adaptación psicosocial tras la experiencia de cáncer de mama (Bishop, 1994; Ribeiro, 1999; Spiegel et al., 1999; Lewis et al., 2001;

Fogel et al., 2002; Patrão & Leal, 2005; Park et al., 2008; Moreira et al., 2009; Nausheen et al., 2009; Silva et al., 2011).

Tabla 9. Coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones resultantes del cuestionario EORTC QLQ-C30 con las dimensiones resultantes del cuestionario ESSS de las participantes en el estudio, en la fase de supervivencia.

		Escala de satisfacción con el soporte social (ESSS):				
		Global	Satisfacción con Amigos	Intimidad	Satisfacción con la Familia	Actividades Sociales
EORTC QLQ-C30						
Estado de Salud Global /Calidad de vida	CCS	,280**	,218**	,291**	,186*	,318**
Estado Funcional	CCS	,474**	,372**	,423**	,330**	,465**
Funcionamiento Físico	CCS	,238**	,215*	,209*	,163	,217*
Funcionamiento de Roles	CCS	,351**	,254**	,347**	,290**	,278**
Funcionamiento Emocional	CCS	,484**	,360**	,448**	,318**	,515**
Funcionamiento Cognitivo	CCS	,405**	,347**	,321**	,333**	,372**
Funcionamiento Social	CCS	,368**	,298**	,338**	,269**	,341**
Escala de Síntomas	CCS	-,391**	-,257**	-,421**	-,230**	-,415**
Fatiga	CCS	-,333**	-,217*	-,378**	-,194*	-,356**
Náuseas e Vómitos	CCS	-,110	-,039	-,152	-,002	-,138
Dolor	CCS	-,244**	-,102	-,330**	-,166	-,293*
6 ítems simples						
Disnea	CCS	-,254*	-,185*	-,245*	-,201*	-,270*
Insomnio	CCS	-,400**	-,290**	-,350**	-,297*	-,421**
Pérdida de Apetito	CCS	-,202*	-,121	-,144	-,166	-,239*
Estreñimiento	CCS	-,220*	-,165	-,222*	-,064	-,250*
Diarrea	CCS	-,109	-,012	-,173*	-,048	-,136
Dificultades Financieras	CCS	-,319**	-,263*	-,296*	-,187*	-,307**

CCS – Coeficiente de Correlación de Spearman;

** . Coeficiente de Correlación significativamente diferente de 0 para un nivel de significancia de 0,01 (2-tailed).

* . Coeficiente de Correlación significativamente diferente de 0 para un nivel de significancia de 0,05 (2-tailed).

Se verifican también correlaciones positivas moderadas entre el *estado funcional* del EORTC QLQ-C30 y todos los dominios de la ESSS (r (CCS), que variaron entre .330 y .474). Estos resultados revelan que el aumento de la satisfacción con el soporte social aumenta el estado funcional de las supervivientes de cáncer de mama, retratadas principalmente en las correlaciones positivas moderadas entre el dominio de la ESSS – satisfacción con el soporte social global y la subescala de la EORTC QLQ-C30 referente al estado funcional del cuestionario de calidad de vida ($r = .474$) y las respectivas subescalas: funcionamiento emocional ($r = .484$), funcionamiento cognitivo ($r = .405$), funcionamiento social ($r = .368$) y funcionamiento de roles ($r = .351$). Conviene destacar también las correlaciones positivas moderadas entre los dominios de la ESSS – satisfacción con los amigos y las subescalas de la EORTC QLQ-C30: funcionamiento emocional ($r = .360$) y funcionamiento cognitivo ($r = .347$); el dominio de la ESSS - intimidad y las subescalas de la EORTC QLQ-C30: funcionamiento emocional ($r = .448$), funcionamiento de roles ($r = .347$), funcionamiento social ($r = .338$) y funcionamiento cognitivo ($r = .321$); el dominio de la ESSS – satisfacción con la familia y las subescalas de la EORTC QLQ-C30: funcionamiento cognitivo ($r = .333$) y funcionamiento emocional ($r = .318$); y, por fin, el dominio de la ESSS - Actividades sociales y las subescalas de la EORTC QLQ-C30: funcionamiento emocional ($r = .515$), funcionamiento cognitivo ($r = .372$) y funcionamiento social ($r = .341$).

Los resultados obtenidos indican que la satisfacción con el soporte social, recibido por los diferentes proveedores de apoyo, potencia el desempeño y el funcionamiento de diversas áreas de la vida de la superviviente de cáncer de mama, principalmente, a nivel emocional (aumentando el control y la gestión de emociones negativas, social (verificándose una mayor relación de la mujer en su vida social, retomando relacionamientos interpersonales y actividades sociales), cognitivo

(recuperando déficits a nivel de los procesos cognitivos), y a nivel del desempeño de sus roles sociales (familiares, sociales, laborales, entre otros) (Ganz et al., 1996; Rodríguez, 1999; King et al., 2000; Ganz et al., 2002; Helgeson & Tomich, 2005; Verosi et al., 2005; Wade et al., 2005; Schroevers et al., 2006; Thornton & Perez, 2007; Alegrance et al., 2010). En lo que concierne al funcionamiento de roles, y corroborando los resultados obtenidos en este estudio, Mols y cols. (2005) verificaron que los niveles elevados de apoyo social, especialmente el apoyo emocional por parte de la familia, protegen a la mujer de las implicaciones negativas del cáncer de mama en su calidad de vida, en la fase de supervivencia (Andrykowski et al., 2000; Reid-Arndt et al., 2010).

Por el contrario, se observan correlaciones negativas moderadas entre la *escala de síntomas* del EORTC QLQ-C30 y todos los dominios de la ESSS (r (CCS), que variaron entre $-.230$ y $-.421$). Conviene destacar sobretudo las correlaciones negativas moderadas entre la *escala de síntomas* y los siguientes dominios de la ESSS: intimidad ($r = -.421$), actividades sociales ($r = -.415$) y satisfacción con el soporte social global ($r = -.391$). Estos datos nos permiten inferir que la satisfacción de las supervivientes de cáncer de mama con los relacionamientos íntimos/próximos, con las actividades sociales en que se desarrollan y, de un modo general, con la satisfacción con el soporte global recibido, disminuyen la sintomatología asociada a la enfermedad, influyendo en su estado de salud y su calidad de vida.

Cabe destacar también que las correlaciones negativas moderadas entre el dominio de la ESSS - escala de satisfacción con el soporte social y las subescalas del EORTC QLQ-C30: insomnio ($r = -.400$), fatiga ($r = -.333$) y dificultades financieras ($r = -.319$); el dominio de la ESSS - intimidad y las subescalas del EORTC QLQ-C30: fatiga ($r = -.378$), insomnio ($r = -.350$) y dolor ($r = -.330$); y, finalmente, el dominio de la ESSS -

actividades sociales y las subescalas del EORTC QLQ-C30: insomnio ($r = -.421$), fatiga ($r = -.356$) y las dificultades financieras ($r = -.307$).

Estos resultado evidencian que la disminución de la satisfacción con el apoyo social recibido aumenta la intensidad y/o la frecuencia de algunos síntomas, tales como el insomnio, la fatiga, el dolor y, como consecuencia, surgen las dificultades financieras, muchas veces, debido a la imposibilidad de que las supervivientes regresen a su actividad laboral, a las alteraciones al nivel de su motivación, productividad, calidad del trabajo desarrollado, las faltas más frecuentes al trabajo, por causas relacionadas con los efectos secundarios de la terapéutica del cáncer a largo plazo, influyendo, tanto directa como indirectamente, en la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama (Gimón, 2007; Silva, 2010; Meneses et al., 2012).

Siendo así, de cara a un diagnóstico de cáncer, las relaciones interpersonales parecen convertirse en un importante mecanismo capaz de compensar o de minimizar el impacto del estrés causado por el impacto de la enfermedad (Aro et al., 1989 cit. Kim et al., 2010; Ribeiro, 1999; Durá & Hernández, 2002; Silva, 2010). Sin embargo, parece importante puntualizar que la red de apoyo asume una gran relevancia, no sólo en la fase de diagnóstico de la enfermedad, sino también a lo largo de toda la trayectoria de la enfermedad y de la vida de una persona que tiene o ha tenido cáncer (Turner et al., 2005). En base a esta idea, también Lindop y Cannon (2001) consideran que la existencia de relaciones interpersonales significativas, tanto en el momento del diagnóstico, como durante la terapéutica del cáncer e, incluso, en la fase de supervivencia, es informada por las mujeres con cáncer de mama como una necesidad. De este modo, las mujeres que perciben el apoyo social recibido como adecuado para sus necesidades, experimentan una mejor capacidad de adaptación psicológica a la enfermedad (Blomm, 1982; House & Kahn, 1985; Bloom et al., 1991; Pistrang &

Barker, 1995; Bolger et al., 1996; Komproe et al., 1997; Andrykowski & Cordova, 1998; Andrykowski et al., 2000; Bloom et al., 2001; Michael et al., 2002; Wimberly et al., 2005; Hoffmann et al., 2006; Manne & Badr, 2008; Pennery et al., 2010; Mallinckrodt et al., 2012).

Análogamente, los resultados que obtenidos nos indican que, cuando las participantes de nuestro estudio, independientemente del grupo al que pertenecen, se mostraban satisfechas con el soporte social recibido, mejoraron su desempeño en diversas áreas de su vida, la sintomatología de la enfermedad disminuye y, por consiguiente, revelan una mejor evaluación de su estado de salud global y de su calidad de vida, que a su vez, facilitará el proceso de adaptación al cáncer de mama. Puesto esto, puede concluirse que la tercera hipótesis de nuestro estudio ha sido confirmada, dado que, la satisfacción con el apoyo social en mujeres tanto en fase de tratamiento como en fase de supervivencia incide sobre la calidad de vida, a mayor satisfacción mejor calidad de vida.

7.2.4. Cuarta hipótesis

Las mujeres que presentan una mayor satisfacción con el apoyo social utilizan estrategias activas de afrontamiento en ambos grupos de estudio.

Esta hipótesis tiene como objetivo relacionar las variables siguientes: la satisfacción con el soporte social y las estrategias activas de afrontamiento (estrategias de *coping* activas) de mujeres con cáncer de mama, que se encuentran en dos fases distintas de la trayectoria de la enfermedad, en la fase de tratamiento y en la fase de supervivencia.

Para medir la fuerza de asociación entre la satisfacción con el soporte social y las estrategias activas de afrontamiento, y con la finalidad de comprobar la cuarta hipótesis de estudio, se han determinado los coeficientes de correlación de Spearman, que nos permitieron averiguar las relaciones existentes entre las diferentes dimensiones de dos instrumentos de medición. Conviene destacar que, una vez más, vamos a considerar tan sólo valores próximos o superiores a 0.3 para ser restrictivos en los análisis. También hay que recordar que la señal negativa de la correlación significa que las variables alteran en sentido contrario, es decir, las categorías más elevadas de una variable están asociadas a categorías más bajas de la otra variable (Maroco, 2007; Pestana & Gageiro, 2008; Field, 2009).

En la tabla siguientes se presentan los coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones resultantes de la ESSS para evaluación de la satisfacción con el soporte social con las dimensiones resultantes de la escala Mini-MAC, para evaluación de las estrategias de *coping* de las participantes en el estudio, en la *fase de tratamiento* (n=139) (Tabla 10).

Tabla 10. Coeficientes de correlación de *Spearman* entre las dimensiones resultantes del cuestionario ESSS con las dimensiones resultantes de la escala Mini-MAC de las participantes en el estudio, en la fase de tratamiento.

		Escala de satisfacción con el soporte social (ESSS):				
		Global	Satisfacción con Amigos	Intimidad	Satisfacción con la Familia	Actividades Sociales
Mini-MAC						
Desánimo/debilidad	CCS	-0,384**	-0,328**	-0,376**	-0,280*	-0,331**
Preocupación ansiosa	CCS	-0,415**	-0,350**	-0,369**	-0,319**	-0,371**
Espíritu de lucha	CCS	0,296*	0,275*	0,283*	0,220*	0,208*
Evitación cognitiva	CCS	-0,053	-0,007	-0,031	-0,069	-0,132
Fatalismo	CCS	-0,010	0,042	-0,063	0,043	-0,066

CCS – Coeficiente de Correlación de Spearman;

**. Coeficiente de Correlación significativamente diferente de 0 para un nivel de significancia de 0,01 (2-tailed).

*. Coeficiente de Correlación significativamente diferente de 0 para un nivel de significancia de 0,05 (2-tailed).

Tras la observación y análisis de la tabla 10, se verifica que, en el grupo de mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento, los dominios de la ESSS y de la Mini-MAC presentan una débil correlación entre ellos. Sin embargo, cabe destacar la correlación negativa entre todos los dominios de la ESSS y las estrategias de *coping* desánimo/debilidad (r (CCS), que varió entre -.280 y -.384) y preocupación ansiosa (r (CCS), que varió entre -.319 y -.415).

Estos resultados muestran que la menor satisfacción con el soporte social de las mujeres con cáncer de mama, en fase de tratamiento, aumenta la utilización de las estrategias de *coping* desánimo/debilidad y preocupación ansiosa, estrategias estas negativas, pasivas y poco adaptativas de confrontación con el cáncer durante la fase de tratamiento, tal como señalan Greer y Watson (1987) y Greer y colaboradores (1989).

En concordancia con los resultados obtenidos en nuestro estudio, otras investigaciones indican que la menor satisfacción con el soporte social recibido parece

estar asociados a la utilización de estrategias de *coping* pasivas, pudiendo ser difícil para la mujer con cáncer de mama el mantener perspectivas positivas y evitar las negativas, en la ausencia y/o en la insatisfacción con el soporte proporcionado por su red de apoyo social, informal o formal (Thoits, 1986; O'Brien & DeLongis, 1997). En la opinión de Varela (2006), las mujeres que relatan tener una percepción satisfactoria del soporte social recibido tienen la capacidad de activar sus recursos de *coping* con la finalidad de enfrentarse a las dificultades inherentes y resultantes de la enfermedad y de sus tratamientos, en caso contrario, este proceso se volverá difícil. Siendo así, el efecto del apoyo social que la mujer recibe y las estrategias que ésta utiliza para lidiar con el tratamiento de cáncer de mama condicionará el impacto psicosocial de esta fase de la enfermedad (Pennebaker & Harber, 1993; Vos et al., 2004; Schou et al., 2005; Baucom et. al., 2006), facilitando o comprometiendo el proceso de adaptación a la fase de tratamiento del cáncer de mama (Rodríguez, 1999).

Conviene destacar que aunque existen correlaciones positivas; sin embargo, estas son bastante débiles en todos los dominios de la ESSS y la estrategia de *coping* espíritu de lucha (r (CCS), que varió entre .208 e .296), indicando que cuanto mayor sea la satisfacción con el soporte social de las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento, mayor será su capacidad de *coping* activo con el cáncer de mama.

De esta forma, se puede inferir que las mujeres que están satisfechas con el apoyo social que les es prestado, independientemente de la fuente de apoyo social que les es prestado, independientemente de la fuente de apoyo, tienen una actitud optimista en relación a su enfermedad, empeñándose e involucrándose en el proceso de tratamiento del cáncer de mama (Varela, 2006). Análogamente, Lazarus y Folkman (1984) consideran que la intensidad del estrés, principalmente, la que subyacente al tratamiento de una enfermedad oncológica, es atenuada en función del apoyo social al

que el individuo tiene acceso, está disponible, responde a sus necesidades y/o es considerado suficiente. Resultados concordantes fueron encontrados en un estudio realizado por Ward y cols. (1991), que concluye que el soporte social capacita a los individuos para desarrollar estrategias de *coping* más efectivas y más realistas, pues se les permite creer que los demás los ayudarán, si las exigencias de la enfermedad se vuelven superiores a sus recursos personales. De igual modo, estos datos van al encuentro de los obtenidos en varias investigaciones, principalmente las realizadas por Watson y Greer (1998), Rowland y Massie (1998), Ramos y Lustosa (2009) y por Cardoso y cols. (2010), que consideran que las mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento, que buscan apoyo psicosocial para enfrentarse a su situación de enfermedad y se sienten satisfechas con el soporte social recibido y que, simultáneamente, aceptan la enfermedad, no niegan su importancia y utilizan un patrón activo de espíritu de lucha (*coping* enfocado al problema) para resolver las dificultades inherentes a la vivencia del cáncer de mama, consiguen mantener una autoestima elevada, una buena evaluación de su calidad de vida y, naturalmente, revelan una buena capacidad de adaptación a la fase de tratamiento de la enfermedad, dado que la satisfacción con el apoyo recibido por parte de su red de apoyo, conjuntamente con la utilización de estrategias de *coping* enfocadas a la resolución de problemas, se asumen como factores protectores y recuperadores de la salud en la mujer, que se encuentra en fase de tratamiento (Schnoll et al., 1998; Pikler & Winterowd, 2003; Santos, 2004 cit. Varela, 2006; Schou et al., 2005).

Corroborando la idea anterior, también Kim y cols. (2010) consideran que el papel del apoyo social se expande, mostrando que el apoyo social percibido no sólo aumenta directamente el bienestar físico, psicológico y emocional de las enfermas, sino que indirectamente, condiciona la elección de determinadas estrategias de afrontamiento

de la enfermedad (Holtzman et al., 2004), o sea, la percepción de un apoyo social satisfactorio aumenta la probabilidad de que la paciente mejore su bienestar psicológico, viabilizando la elección de estrategias de *coping* activas y, por consiguiente, incrementando su sentido de confianza, control y dominio sobre la situación de la enfermedad (Holland & Holahan, 2003; Kim et al., 2010). De este modo, el efecto directo y moderador del apoyo social, tanto si es informal, como formal, trae beneficios para la salud física, psicológica, social y emocional de las pacientes con cáncer de mama, estando directamente relacionado con la forma en que la mujer se enfrenta a la enfermedad y con los efectos deletéreos del tratamiento y, por consiguiente, mejora su calidad de vida y aumenta su supervivencia, maximizando el proceso de adaptación psicosocial al cáncer de mama (Bloom, 1982; Bishop, 1994; Helgeson & Cohen, 1996; Ribeiro, 1999; Spiegel et al., 1999; Lewis et al., 2001; Kravdal, 2001; Fogel et al., 2002; Patrão & Leal, 2005; Park et al., 2008; Filazoglu & Griva, 2008; Sprehn et al., 2009; Moreira et al., 2009; Costa & Ballester, 2010; Silva et al., 2011).

Al revés, cuando las pacientes no perciben un nivel satisfactorio de apoyo social por parte de los demás, el recurso a estrategias de *coping* pasivas, caracterizadas por el pesimismo, por la ansiedad persistente, por la percepción de falta de control sobre el desarrollo de la enfermedad y por la ausencia de estrategias de *coping* activo con el cáncer, son predictores de una disminución de su bienestar emocional y psicosocial, de una de una baja calidad de vida y de una pobre adaptación a la enfermedad oncológica (Rodrigue et al., 1994; Grassi et al., 2004; Avis et al., 2005).

Conviene señalar también que no se verificaron correlaciones relevantes entre los dominios de la ESSS y las estrategias de *coping* evitación cognitiva y fatalismo, en la muestra de mujeres con cáncer de mama en fase de tratamiento.

En la tabla 11 se representan los coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones resultantes de la ESSS para evaluación de satisfacción con el soporte social con las dimensiones resultantes de la Mini-MAC para evaluación de las estrategias de *coping* de las participantes del estudio, en la *fase de supervivencia* (n=139).

A través de la observación y el análisis de la tabla 11 se puede constatar que los dominios de la ESSS y de la Mini-MAC presentan una débil correlación entre ellos, para el grupo de mujeres con cáncer de mama en fase de supervivencia.

Sin embargo, es conveniente destacar las correlaciones negativas moderadas entre los dominios de la ESSS – satisfacción con los amigos ($r = -.323$) y satisfacción con el soporte social global ($r = -.313$) con la estrategia de *coping* preocupación ansiosa, así como las correlaciones negativas débiles, entre todos los dominios de la ESSS y las estrategias de *coping* desánimo/debilidad (r (CCS), que varió entre $-.239$ y $-.296$).

Estos resultados evidencian que la menor satisfacción con el soporte social global y con el apoyo social recibido por parte de los amigos aumenta la utilización de las estrategias de *coping* pasivas, negativas y poco adaptativas de confrontación con la enfermedad en las supervivientes de cáncer, siendo de esto ejemplo el recurso a las estrategias de *coping* desánimo/debilidad y preocupación ansiosa (Greer & Watson, 1987; Greer et al., 1989).

Al revés, y de acuerdo con los resultados de una investigación realizada por Park y cols. (2008), los supervivientes de cáncer que perciben elevados niveles de apoyo social tienden a escoger estrategias *activas* de confrontación con la enfermedad y a evidenciar cambios más positivos en sus comportamientos de salud, repercutiéndose naturalmente en su calidad de vida, tras la vivencia del cáncer (Ganz et al., 1996;

Holzner et al., 2001; Pedro, 2001; Lewis et al., 2001; Sammarco, 2001; Ganz et al., 2002; Mols et al., 2005; Helgeson & Tomich, 2005; Carver et al., 2005; Surbone & Peccatori, 2006; Schroevers et al., 2006; Alfano & Rowland, 2006; Deimling, et al., 2006; Bloom et al., 2007; Towsley et al., 2007; Meier et al., 2007; Avis & Deimling, 2008; Soerjomataram et al., 2008; Andrykowski et al., 2008; Ohsumi et al., 2009; Sadler-Gerhardt et al., 2010).

Tabla 11. Coeficientes de correlación de Spearman entre las dimensiones resultantes del cuestionario ESSS con las dimensiones resultantes del cuestionario Mini-MAC de las participantes en el estudio, en la fase de supervivencia.

		Escala de satisfacción con el soporte social (ESSS):				
		Global	Satisfacción con Amigos	Intimidad	Satisfacción con la Familia	Actividades Sociales
Mini-MAC						
Desánimo/debilidad	CCS	-0,296*	-0,267*	-0,243*	-0,285*	-0,239*
Preocupación ansiosa	CCS	-0,313**	-0,323**	-0,192*	-0,285*	-0,295*
Espíritu de lucha	CCS	0,155	0,145	0,155	0,246*	0,090
Evitación cognitiva	CCS	-0,004	-0,014	0,018	0,054	0,007
Fatalismo	CCS	0,160	0,155	0,180*	0,203*	0,014

CCS – Coeficiente de Correlación de Spearman;

**. Coeficiente de Correlación significativamente diferente de 0 para un nivel de significancia de 0,01 (2-tailed).

*. Coeficiente de Correlación significativamente diferente de 0 para un nivel de significancia de 0,05 (2-tailed).

Hay que insistir en que existe una correlación positiva; aunque esta sea débil entre el dominio de la ESSS – satisfacción con la familia y la estrategia de *coping* espíritu de lucha ($r = .246$), indicando que cuanto mayor sea la satisfacción con el soporte social proporcionado por la familia, mayor será la capacidad de *coping* activo de las supervivientes de cáncer de mama.

Corroborando los resultados obtenidos en el presente estudio, Bloom (1986, citado por Pereira & Lopes, 2005), Soerjomataram y cols. (2008) y Sadler-Gerhardt y

cols. (2010) constataron que la percepción de soporte social interfiere en la capacidad de comodidad con la enfermedad y que esta es determinante para el bienestar de la mujer con cáncer de mama. El mismo estudio verificó que la percepción de apoyo emocional tiene un efecto directo en el bienestar psicológico de la mujer que, a su vez, influye en su capacidad para utilizar estrategias de *coping* adecuadas y que, especialmente, la familia se asume como un recurso de apoyo primario de las pacientes con cáncer de mama, siendo que la cualidad de interacción familiar tiene un efecto directo sobre la confrontación con la enfermedad oncológica y, por consiguiente, sobre el bienestar de la superviviente de cáncer de mama, (Sammarco, 2001; Ganz et al., 2002; Mols et al., 2005; Helgeson & Tomich, 2005; Carver et al., 2005; Surbone & Peccatori, 2006; Schroevers et al., 2006; Alfano & Rowland, 2006; Deimling, et al., 2006; Bloom et al., 2007; Towsley et al., 2007; Avis & Deimling, 2008; Andrykowski et al., 2008; Ohsumi et al., 2009).

También hay que destacar que no se encontraron correlaciones relevantes entre los dominios de la ESSS y las estrategias de *coping* evitación cognitiva y fatalismo en la muestra de mujeres con cáncer de mama en fase de supervivencia.

Los resultados obtenidos en esta y otras investigaciones indican que el soporte social es un proceso interactivo que se establece entre las mujeres con cáncer de mama y su sistema de vínculos relacionales, que facilita la resolución de las varias dificultades resultantes de la enfermedad y que crea en las mujeres a las que se les diagnostica un cáncer la percepción de que son comprendidas, apoyadas y aceptadas por quien les proporciona apoyo. Lo referido anteriormente corrobora la opinión de varios autores cuando señalan que la presencia (cantidad) y la satisfacción (calidad) con la red de apoyo social influye positivamente los efectos de la vivencia del cáncer de mama a varios niveles y en diferentes momentos de la trayectoria de la enfermedad, fomentando

la utilización de estrategias de *coping* más efectivas en la confrontación con la enfermedad oncológica, promoviendo el bienestar psicosocial de las pacientes y potenciando la adaptación psicosocial de la mujer al cáncer de mama (Lieberman, 1982; Bloom, 1982; Cohen & Wills, 1985 cit. Helgeson & Cohen, 1996; Gibson, 1991; Sluzki, 1996; Pierce et al., 1996; Santos, 2003; Bishop & Warr, 2003; Rowland & Baker, 2005; Andrykowski et al., 2008; Sadler-Gerhardt e cols., 2010).

Por lo expuesto, se puede concluir que la cuarta hipótesis del presente estudio se confirma, dado que las mujeres que presentan una mayor satisfacción con el apoyo social utilizan estrategias activas de afrontamiento en ambos grupos de estudio. Sin embargo, parece importante señalar que, en lo que concierne al grupo de mujeres que aún se encuentra realizando el tratamiento, todo el soporte social proporcionado por los diferentes prestadores de apoyo estimula la utilización de estrategias de *coping* activo con la enfermedad; mientras que, en el grupo de mujeres supervivientes, parece ser especialmente importante la satisfacción con el apoyo social recibido por parte de sus familiares.

8. CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

1. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las mujeres con cáncer de mama, en ambas fases de la enfermedad, son estrategias positivas y adaptativas, un afrontamiento activo con la enfermedad, sobre todo el espíritu de lucha, es decir, enfrentan el diagnóstico como un desafío susceptible de ser superado, con una visión optimista sobre el futuro, lo que se acompaña de comportamientos como la búsqueda de información apropiada, y la voluntad de luchar contra la enfermedad, asumiendo un papel activo en su rehabilitación y recuperación. Por el contrario, la menos utilizada fue el desánimo, estrategia pasiva y negativa, poco adaptativa para enfrentar el problema.
2. Cuando las mujeres se encuentran en tratamiento utilizan con más frecuencia la estrategia de *coping* preocupación ansiosa, es decir, que ven el diagnóstico como una gran amenaza a su supervivencia, y sienten incertidumbre en cuanto al pronóstico y el control de la enfermedad, viendo el futuro como algo imprevisible. Se muestran ansiosas y pueden pasar mucho tiempo preocupadas por la posibilidad de una recidiva, en una actitud de hipervigilancia, identificando cualquier síntoma como una señal de la enfermedad, lo que aumenta la sintomatología inherente al tratamiento.
3. Las mujeres con cáncer de mama se muestran satisfechas con el apoyo social percibido, y esta satisfacción incide sobre su calidad de vida. Cuanto mayor es la satisfacción con el apoyo social percibido, mejor es la calidad de vida, es decir, la creencia que la mujer posee de que los demás están disponibles para proporcionarle apoyo en caso de que lo necesite ejerce efectos benéficos, repercutiendo principalmente en la mejoría de su salud, en su bienestar psicológico y emocional y

en definitiva en su calidad de vida ya que disminuye la sintomatología y mejora su funcionamiento físico y psíquico, lo que facilita el proceso de adaptación al cáncer;

4. Las mujeres con cáncer de mama muestran una buena evaluación de su estado de salud global y calidad de vida, es decir, muestran una buena capacidad de funcionamiento y de desempeño de un conjunto de actividades de la vida diaria y tienen pocos síntomas físicos asociados con la enfermedad. Sin embargo, las supervivientes presentaron un mejor estado de salud global y calidad de vida y un mejor funcionamiento físico y de roles en comparación con las mujeres que se encuentran en tratamiento. Síntomas como la fatiga y el dolor son más frecuentes o tiene una intensidad más alta en las primeras fases de la enfermedad.
5. Una mayor satisfacción con el apoyo social percibido estimula la utilización de estrategias de afrontamiento activo de la enfermedad, es decir, tienen una actitud optimista en relación a su enfermedad, en ambos grupos de estudio; por el contrario, una menor satisfacción con el apoyo social aumenta la utilización de las estrategias de *coping* negativas, pasivas y poco adaptativas de confrontación con el cáncer.
6. Las mujeres que emplean estrategias activas, positivas y adaptativas de afrontamiento tienen una mejor calidad de vida, tanto en la fase de tratamiento como en la de supervivencia, percibiendo mejor su estado de salud y su calidad de vida; al contrario de lo que ocurre cuando se recurre a estrategias pasivas, negativas o poca adaptativas, lo que conlleva a una peor adaptación al proceso.
7. Las estrategias de afrontamiento activas, la satisfacción con el apoyo social y una buena calidad de vida protegen a las mujeres del impacto psicosocial, tanto en los tratamientos como en el paso a la supervivencia y conllevan al proceso de adaptación psicosocial al cáncer de la mama.

8. La evolución psicosocial positiva a lo largo del proceso de enfermedad contradice la conceptualización negativa sobre el cáncer de mama, como un evento traumático. Las mujeres se muestran dispuestas a afrontar los diferentes retos de la enfermedad, utilizando recursos personales (por ejemplo, estrategias de afrontamiento activo) y sociales (por ejemplo, a través de la integración en grupos de apoyo *online*) que atenúan el efecto negativo de la enfermedad, trabajando como protectores y promoviendo una buena adaptación al cáncer de mama y demostrando que con el tiempo, estas mujeres son capaces de integrar el diagnóstico en su experiencia de vida, es decir, son resilientes.
9. Las intervenciones psicológicas para las mujeres con cáncer de mama, deberán fomentar sus recursos personales y sociales, pero no solo debe dirigirse a la enferma, su bienestar y calidad de vida, sino también hacia los sistemas de apoyo (familia, amigos, grupos de autoayuda...) ya que todos los recursos son imprescindibles en el proceso de adaptación al cáncer, reduciendo el impacto psicosocial del diagnóstico, las exigencias del tratamiento y mejorando la calidad de vida una vez que el proceso se ha superado.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abset, P., Aro, A., Sutton, S.** (2002). Factors associated with breast cancer risk perception and psychological distress in a representative sample of middle-aged finish women. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 61-73.
- Ahles, T, Silberfard, P., Rundle, A., Holland, J.** (1994). Quality of life in patients with limited small-cell carcinoma of the lung receiving chemotherapy with or without radiation therapy, for cancer and leukemia group B. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 62, 193-199.
- Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., Uchitomi, Y.** (1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *British Journal of Cancer*, 77, 2381-2385.
- Akin, S., Can, G., Durna, Z., Aydiner, A.** (2008). The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nursing*, 12, 449-56.
- Alegreance, F., Souza, C., Mazzei, R.** (2010). Qualidade de Vida e Estratégias de Enfrentamento em Mulheres com e sem Linfedema Pós-Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56, 341-351.
- Alfano, C., Rowland, J.** (2006). Recovery issues in cancer survivorship: a new challenge for supportive care. *Cancer J.*, 12, 432-43.
- Alferi, S., Carver, C., Antoni, M, Weiss, S., Dura'n, R. E.** (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 41-46.
- 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, 1938-1943.
- Allen, J. D., Savadatti, S., Levy, A. G.** (2009). The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'. *Psycho-oncology*, 18, 71-78.
- Almanza-Muñoz, J., Holland, J.** (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46, 196-206.
- Almanza-Munoz, J., Holland, J.** (2001). Psico-oncologia: el abordaje psicosocial integral del paciente com cancer. *Revista de Neurologia y Psiquiatria*, 46, 35-43.
- Alonzo, A.** (2000). The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: The consequences of cumulative adversity. *Social Science and Medicine*, 50, 1475-1484.
- Altman, I., Taylor, D.** (1973). Social penetration: *The development of interpersonal relationships*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Altschuler, J.** (1997). *Working of Chronic Illness*. London: Macmillan Press.
- American Cancer Society** (1998). Breast cancer can be prevented. Study: All ages of at-risk women helped by breast cancer drug. *Breast Cancer Network*.
- American Cancer Society** (2008). *Cancer, Facts and Figures 2008*. Atlanta: American Cancer Society.
- American Cancer Society** (2009/2010). *Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010*. Atlanta: American Cancer Society.
- American Cancer Society** (2011b). *What are the risk factors for breast cancer?* Atlanta: American Cancer Society.
- American Cancer Society** (2011a). *Breast Cancer. Facts & Figures 2011-2012*. Atlanta: American Cancer Society.
- American Cancer Society** (2012). *Cancer Facts & Figures 2012*. Atlanta: American Cancer Society.
- American Cancer Society.** (2008). *Cancer Facts & Figures 2008*. Atlanta: American Cancer Society.

- American Cancer Society.** (2011). *Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012*. Atlanta: American Cancer Society.
- American Join Committee on Cancer** (2002). *Cancer Staging Handbook*. (6ªed.). Chicago: Oxford Press.
- Amichai-Hamburger, Kaynar, O., Fine, A.** (2007). The effects of need for cognition on Internet use. *Computers in Human Behavior*, 23, 880–891.
- Amichai-Hamburger, Y.** (2005). Personality and the internet. In Y. Amichai-Hamburger (Ed.), *The social net: Human behavior in cyberspace* (pp. 27–55). New York: Oxford University Press.
- Amichai-Hamburger, Y., Barak, A.** (2009). Internet and well-being. In Y. Amichai-Hamburger (Ed.), *Technology and psychological well-being* (pp. 34-76). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Amichai-Hamburger, Y., Furnham, A.** (2007). The positive net. *Computers in Human Behavior*, 23, 1033–1045.
- Amorim, C.** (2008). *Doença Oncológica da Mama Vivências de Mulheres Mastectomizadas*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Amorim, I., Coelho, R.** (2004). Diabetes mellitus: Qualidade de Vida, depressão e estilos de coping. In Ribeiro, L., Leal, I. (Org). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E., Chrysoschoou, M.** (2006). The Mini- Mental Adjustment to cancer (Mini-Mac) scale: Construct validation with a greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15, 79-89.
- Anaut, M.** (2005). *A resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anders, C., Hsu, D., Broadwater, G., et al.** (2008). Young age at diagnosis correlates with worse prognosis and defines a subset of breast cancers with shared patterns of gene expression. *J Clin Oncol.*, 26, 3324-3330.
- Andersen, B.** (1985). Sexual functioning morbidity among cancer survivors: current status and future research directions. *Cancer*, 55,1835–1842.
- Andersen, M., Bowen, D., Morea, J., Stein, K., Baker, F.** (2009). Involvement in Decision-Making and Breast Cancer Survivor Quality of Life. *Health Psychology*, 28, 29–37.
- Andrade, G., Vaitsman, J.** (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 925-934.
- Andreu, Y., Galdón, M. J., Durá, E.** (2002). Prevención secundaria del cáncer de mama: el papel de las creencias de salud. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 547-578). Lisboa: Climepsi.
- Andrykowski, M., Cordova, M., McGrath, P., Sloan, D., Kenady, D.** (2000). Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1 – year follow-up. *Psycho-Oncology*, 9, 69-78.
- Andrykowski, M., Cordova, M.** (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of Andersen Model. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 189-203.
- Andrykowski, M., Lykins, E., Floyd, A.** (2008). Psychological health in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*, 24, 193–201.
- Anllo, L.** (2000). Sexual life after breast cancer. *J. Sex Marital Ther*, 26, 241–248.
- Antoni, M.** (2003). Psychoneuroendocrinology and psychoneuroimmunology of cancer: Plausible mechanisms worth pursuing? *Brain Behav Immun*, 17, S84-91.
- Arndt, V., Merx, H., Stürmer, T., et al.** (2004). Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *European Journal of Cancer*, 40, 673–680.

- Arndt, V., Merx, H., Stürmer, T., Stegmaier, C. Ziegler, H., Brenner, H.** (2004). Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *European Journal of Cancer*, 40, 673-680.
- Arora, N., Rutten, L., Gustafson, D., Moser, R., Hawkins, R.** (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 474-486.
- Arraras, J., Manterola, A., Domínguez, M., Arias, F., Villafranca, E., Romero, P., et al.** (2008). Impact of radiotherapy on the quality of life of elderly patients with localized breast cancer. A prospective study. *Clin Trans Oncol*, 10, 498-504.
- Arving, C., Sjöden, P., Bergh, J., Hellbom, M., Johansson, B., Glimelius, B., Brandberg, Y.** (2007). Individual psychosocial support for breast cancer patients: A randomized study of nurse versus psychologist interventions and standard care. *Cancer Nurs*, 30, 10-19.
- Aspinwall, L., MacNamara, A.** (2005). Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer*, 104, 2549-2556.
- Avis, N. E., Deimling, G. T.** (2008). Cancer survivorship and aging. *Cancer*, 15, 3519-3529.
- Avis, N., Crawford, S., Manuel, J.** (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 13, 295-308.
- Avis, N., Crawford, S., Manuel, J.** (2005). Quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 3322-3330.
- Aziz, N. M.** (2007). Cancer survivorship research: State of knowledge, challenges and opportunities. *Acta Oncologica*, 46, 417-432.
- Badr, H., Carmack, C., Kashy, D., Cristofanilli, M., Revenson, T.** (2010). Dyadic Coping in Metastatic Breast Cancer. *Health Psychology*, 29, 169-180.
- Baltar, M., Ribeiro, J., Torres, A.** (2004). Qualidade de vida, respostas emocionais e de coping em mulheres com cancro da mama e ginecológico. In Ribeiro, L., Leal, I. (Org). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Bandura, A.** (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychol. Rev.*, 84, 191-215.
- Banthia, R., Malcarne, V., Ko, C., Varni, J., Sadler, G.** (2009). Fatigued breast cancer survivors: The role of sleep quality, depressed mood, stage and age. *Psychology and Health*, 24, 965-980.
- Baptista, M., Baptista, A., Torres, E.** (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vector Editora*, 7, 39-48.
- Barak, A.** (1999). Psychological applications on the Internet: A discipline on the threshold of a new millennium. *Applied and Preventive Psychology*, 8, 231-246.
- Barak, A.** (2007). Emotional support and suicide prevention through the internet: A field project report. *Computers in Human Behavior*, 23, 971-984.
- Barak, A., Bloch, N.** (2006). Factors related to perceived helpfulness in supporting highly distressed individuals through an online support chat. *CyberPsychology & Behavior*, 9, 60-68.
- Barak, A., Boneh, O., Dolev-Cohen, M.** (2010). Factors underlying participants' gains in online support groups. In A. Blachnio, A. Przepiórka, T. Rowiński (Eds.), *Internet in psychological research* (p. 17-38). Warsaw, Poland: Cardinal Stefan Wyszyński University Press.
- Barak, A., Grohol, J.** (2011). Current and Future Trends in Internet-Supported Mental Health Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 29, 155-196.
- Barak, A., Hen, L.** (2008). Exposure in cyberspace as means of enhancing psychological assessment. In A. Barak (Ed.), *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications* (pp. 129-162). Cambridge: Cambridge University Press.
- Barak, A., King, S.** (2000). The two faces of the internet: Introduction to the special issue on the internet and sexuality. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 517-520.

- Barak, A., Suler, J.** (2008a). *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barak, A., Suler, J.** (2008b). Reflections on the psychology and social science of cyberspace. In Barak, A. (Ed.), *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications* (pp. 1–12). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Barbero, J.** (2003). Hechos y Valores en Psicooncología. *Psicooncología*, 0, 21-37.
- Bardwell, W. A., Major, J. M., Rock, C. L., Newman, V. A., Thomson, C. A., Chilton, J. A., et al.** (2004). Health-related quality of life in women previously treated for early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 595-604.
- Barni, S., Mondin, R.** (1997). Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol*, 8, 149–153.
- Barracough, J.** (1994). *Cancer and emotion: a practical guide to psycho-oncology*. (2ª ed). Oxford: Wiley.
- Barros, H., Lunet, N., Simões, L.** (2007). Retirado a 17 de Fevereiro de 2012 do: <http://www.ipatimup.pt/medprev/paper3.pdf>.
- Bastos, J., Barros, H., Lunet, N.** (2007). Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal (1955-2002). *Acta Médica Portuguesa*, 20, 139-144.
- Baucom, D., Porter, L., Kirby, J., Gremore, T., Keefe, F.** (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Dis.*, 23, 103-13.
- Baum, A., Posluszny, D.** (2001). Traumatic stress as a target for intervention with cancer patients. In A. Baum, B.L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 143–174). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bayés, R.** (1990). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca. Holland, J. (Ed.). (1998). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford.
- Belcher, A., Laurenceau, J., Graber, E., Cohen, L., Dasch, K., Siegel, S.** (2011). Daily Support in Couples Coping With Early Stage Breast Cancer: Maintaining Intimacy During Adversity. *Health Psychology*, 30, 665–673.
- Bellizzi, K., Blank, T.** (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol*, 25, 47-56.
- Bellizzi, K., Blank, T.** (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Health Psychology*, 25, 47–56.
- Bellver, A.** (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 133-42.
- Benda, R., Mendenhall, N., Lind, D., Cendan, J., Shea, B., Richardson, L., Copeland, E.** (2003). Breast conserving therapy (BCT) for early-stage breast cancer. *Journal of Surgical Oncology*, 85, 14-27.
- Bender, J., Jimenez-Marroquin, M., Jadad, A.** (2011). Seeking support on facebook: a content analysis of breast cancer groups. *J Med Internet Res.*, 13, e16.
- Bennet, P.** (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. (Cacilda Nordeste). Lisboa: Climepsi.
- Ben-Ze'ev, A.** (2003). Privacy, emotional closeness, and openness in cyberspace. *Computers in Human Behavior*, 19, 451-467.
- Ben-Ze'ev, A.** (2004). *Love online: Emotions on the internet*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berlanga, J. Aliaga, M., Martín, M.** (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes com cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 87-102.
- Bertero, C.** (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and QoL. *Psychooncology*, 11, 356-64.
- Billings, A., Moos, R.** (1984). Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877–891.

- Bishop, G.** (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Ally and Bacon.
- Bishop, S., Warr, D.** (2003). Coping, catastrophizing and chronic pain in breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 265-281.
- Bitsika, V., Sharpley, C., Christie, D.** (2010). 'What made me unhappy'. Experiences of, and responses to, lifestyle changes in breast cancer patients. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38, 179-189.
- Blanco, A., Antequera, R., Aires, M.** (2002). Percepción subjetiva del cáncer. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 605-637). Lisboa: Climepsi.
- Blasco, T., Ingles, N.** (1997). Quality of life and adaptation to illness in cancer patients during chemotherapy. *Anuário de Psicologia*, 72, 83-92.
- Bloom, J.** (1982) Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Soc. Sci. Med.* 16, 1329-1338.
- Bloom, J.** (1994) Early detection of cancer; psychological and social dimensions. *Cancer*, 74, Suppl. 1464-1473.
- Bloom, J.** (1996). Social support of the cancer patient. In Baider, L., Kaplan-DeNour, A., Cooper, C. (Eds.). *Cancer and the Family*. New York: John Wiley.
- Bloom, J.** (2000). The role of Family Support in cancer control. In L. Baider, C. Cooper, A. De-Nour (Eds.), *Cancer and the family* (2nd ed.), (pp. 55-71). New York: John Wiley & Sons.
- Bloom, J., Kang, S., Petersen, D., Stewart, S.** (2007). Quality of life in long-term cancer survivors. In Feuerstein, M. (Ed.), *Handbook of cancer survivorship*. (pp. 43-66). Nova Iorque: Springer.
- Bloom, J., Kang, S., Romano, P.** (1991) Cancer and stress: The effects of social support as a resource. In *Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies* (C. Cooper Ed.) (pp. 95-124). Chichester: John Wiley.
- Bloom, J., Kessler L.** (1994a). Emotional support following breast cancer: A test of the stigma and social activity hypotheses. *J. Health Soc. Behav*, 35, 118-133.
- Bloom, J., Kessler, L.** (1994). Risk and timing of counseling and support interventions for younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 16, 199-206.
- 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.
- Bloom, J., Spiegel, D.** (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning with advanced breast cancer. *Soc. Sci. Med.*, 19, 831-837.
- 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., 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, 1513-1524.
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., Banks, P.** (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 89-100.
- Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., Banks, P., Fobair, P.** (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 53, 1513-1524.
- Boehmke, M. & Dickerson, S.** (2006). The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness. *Oncology Nursing Forum*, 33, 1121-1127.
- Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A., Ng, R.** (1996). Close relationships and adjustment to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 283-294.
- Boot, J., Holcombe, C., Salmon, P.** (2010). Positive adjustment to breast cancer: development of a disease-specific measure and comparison of women diagnosed from 2 weeks to 5 years *Psico-oncologia*, 19, 1187-1194.

- Booth-Kewley, S., Edwards, J., Rosenfeld, P.** (1992). Impression management, social desirability, and computer administration of attitude questionnaires: Does the computer make a difference? *Journal of Applied Psychology*, 77, 562–566.
- Bower, J., Ganz, P., Desmond, K., Rowland, J., Meyerowitz, B., Belin, T.** (2000). Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 743–753.
- Bozo, O., Gundogdu, E., Buyukasik-Colak, C.** (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism: Posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 14, 1009–1020.
- Brandon, D., Hollingshead, A.** (2007). Characterizing online groups. In A. N. Joinson, K.Y. A McKenna, T. Postmes, U-D. Reips (Eds.), *Oxford Handbook of Internet Psychology* (pp.105-119). Oxford: Oxford University Press.
- Brennan, J.** (2001). Adjustment to cancer-coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1-10.
- Browall, M., Ahlberg, K., Karlsson, P., Danielson, E., Persson, L., Gaston-Johansson, F.** (2008). Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *Eur J Oncol Nurs.*, 12, 180-189.
- Brown, K., Levy, A., Rosberger, Z., Edgar, L.** (2003). Psychological distress and cancer survival: a follow-up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 636-643.
- Bukovic, D., Fajdic, J., Hrgovic, Z., Kaufmann, M., Hojsak, I., Stanceric, T.** (2005). Sexual dysfunction in breast cancer survivors. *Onkologie*, 28, 29-34.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., Ramirez, A.** (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-706.
- Burleson, B.** (2003). The experience and effects of emotional support: What the study of cultural and gender differences can tell us about close relationships, emotion and interpersonal communication. *Personal Relationships*, 10, 1-23.
- Burman, B., Margolin, G.** (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112, 39-63.
- Burón, R., Rodríguez, J., Linares, V., López, L., Gonzáles, A., Guadalupe, L.** (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15, 171-198.
- Bylund, C., Makoul, G.** (2002). Empathic communication and gender in the physician–patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48, 207–216.
- Callaghan, P., Morrissey, J.** (1993). Social support and health: A review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 203-210.
- Cameron, L., Booth, R., Schlatter, M., Ziginskis, D., Harman, J.** (2007). Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 171–180.
- Canese, G.** (1995). Las enfermeras estomaterapeutas deben ser conscientes de sus límites cuando proporcionen consejo en temas sexuales. *Eurostoma*, 12, 8-9.
- Cano, A.** (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2, 71-80.
- Capitán, E.** (1996). La calidad de vida del enfermo neoplásico. In Barón, M., Ordóñez, J., Felin, J., Zamora, P., Espinosa (Eds.), *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer* (pp. 68-83). Madrid: Médica Panamericana.
- Cardoso, G.** (1998). Para uma Sociologia do Ciberespaço. Oeiras: Celta Editora.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., Reis, D.** (2010). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *PsiLogos*, 4, 8-18.

- Carlsen, K., Dalton, S., Frederiksen, K., Dideriksen, F., Johansen, C.** (2007). Are cancer survivors at an increased risk for divorce? A Danish cohort study. *European Journal of Cancer*, 43, 2093-2099.
- Carlson, L., Bultz, B.** (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 8.
- Carlsson, M., Hamrin, E.** (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, 17, 418-428.
- Carreiro, J.** (2009). *Representações sociais da doença oncológica*. Trabalho de Grado, apresentado na Faculdade de Medicina, Universidade de Salamanca.
- Carvalho, A.** (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Carver, C., Antoni, M.** (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5–8 years after diagnosis. *Health Psychol*, 23, 595–598.
- Carver, C., Antoni, M.** (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 6, 595–598.
- Carver, C., Harris, S., Pozo-Kaderman, C., Price, A., Noriega, V., Derhagopian, R., Robison, D., Moffatt, F.** (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 168-174.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriego, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F., Clarck, K.** (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375–390.
- Carver, C., Scheier, M.** (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184–195.
- Carver, C., Scheier, M., Weintraub, J.** (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.*, 56, 267-83.
- Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronis, V., Derhagopian, R., Weiss, S.** (2005). Optimism personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24, 508-516.
- Carver, C., Smith, R., Petronis, V., Antoni, M.** (2006). Quality of Life Among Long-Term Survivors of Breast Cancer: Different Types of Antecedents Predict Different Classes of Outcomes. *Psycho-Oncology*, 15(9), 749-758.
- Casso, D., Buist, D., Taplin, S.** (2004). Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Qual Life Outcomes*, 2-25.
- Cella, D., Sarafian, F., Snider, P., Yellen, S., Winicour, P.** (1993). Evaluation of a community-based cancer support group. *Psycho-oncology*, 2, 123-132.
- Chamberlain, W., Tulman, L., Coleman, E., Stewart, C., Samarel, N.** (2006). Women's perceptions of the effectiveness of telephone support and education on their adjustment to breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 33, 138-44.
- Chang, S., Bondy, M., Gurney, J.** (2006). Epidemiologia do Câncer. In Pollock, R., Doroshow, J., Khayat, D., Nakao, A., O'Sullivan, B (Eds.) (8ªed.), *Manual de Oncologia Clínica* (pp. 91-117). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Charavel, M., Brémond, A., Courtial, I.** (1997). Psychosocial profile of women seeking breast reconstruction. *Eur J Obstet Gyn*, 74, 31-35.
- Charuvastra, A., Cloitre, M.** (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59, 301–328.
- Chen, H.** (2006). Flow on the net – detecting web users' positive affects and their flow states. *Computers in Human Behavior*, 22, 221–233.
- Chia, K., Du, W., Sankaranarayanan, R., Sankila, R., Wang, H., Lee, J., Seow, A., Lee, H.** (2004). Do younger female breast cancer patients have a poorer prognosis? Results from a population-based survival analysis. *Int J Cancer*, 108, 761-5.

- Cimprich, B., Ronis, D., Martinez-Ramos, G.** (2002). Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Practice*, 10, 85-93.
- Clarke, A., Clarke, A.** (2003). *Human Resilience. A Fifty Year Quest*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., Spiegel, D.** (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15, 434-437.
- Clayton, M., Mishel, M., Belyea, M.** (2006). Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. *Research in Nursing & Health*, 29, 18-39.
- Coelho, C.** (2008). Mulheres com Câncer da Mama em Tratamento com Quimioterapia: Contributos para a Compreensão da sua Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado em Oncologia, apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Cohen, L. Hack, T. Moor, C. Katz, J., Goss, P.** (2000). The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Annals of Surgical Oncology*, 7, 427-434.
- Cohen, L., McChargue, D., Collins, F.** (2003). *The Health Psychology Handbook – Practical Issues for the Behavioral Medicine Specialist*. UK: Sage Publications.
- Cohen, S.** (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.
- Cohen, S., Wills, T.** (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coimbra, S.** (2008). *Estudo diferencial de auto-eficácia e resiliência na antecipação da vida adulta*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Colditz, G.** (2005). Epidemiology and Prevention of Breast Cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 14, 768-772.
- Compas, B.** (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Compas, B., Luecken, L.** (2002). Psychological adjustment to breast cancer. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 111-114.
- Cordova, M., Andrykowski, M., Kenady, D., McGrath, P., Sloan, D., Redd, W.** (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment of breast cancer. *J Clin Psychol*, 63, 981-986.
- Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C., Andrykowski, M.** (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychol*, 20, 176-185.
- Cordova, M., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., Spiegel, D.** (2007). Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *J Clin Psychol Med Settings*, 14, 308-19.
- Cornwell, B.** (2003). The dynamic properties of social support: Decay, growth and staticity, and their effects on adolescent depression. *Social Forces*, 81, 953-978.
- Cortés-Funes, F., Abián, L., Cortés-Funes, H.** (2003). Adaptación psicosocial del paciente oncológico y del familiar cuidador principal. *Psicooncología*, 0, 83-92.
- Costa, G., Ballester, R.** (2010). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 7, 453-462.
- Costa, G., Gil, F.** (2008). Respuesta cognitiva y crecimiento postraumático durante el primer año de diagnóstico del cáncer. *Psicooncología*, 5, 27-37.
- Coughlin, S.** (2008). Surviving cancer or other serious illness: A review of individual and community resources. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58, 60-64.
- Couto, M.** (2005). *Factores de risco e de Protecção na promoção de resiliência no envelhecimento*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, apresentada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- Coyne, J., Anderson, K.** (1999). Marital status, marital satisfaction, and support processes among women at high risk for breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 13, 629-641.
- Crane, R.** (2000). Cancro da Mama. In S. Otto. *Enfermagem Oncológica*. Loures: Lusociência.
- Crawford, M., Cardoso, J.** (2000). A dimensão sexual na doença crónica: Que avaliação? Que intervenção? In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Orgs.), *Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 521-525). Lisboa: ISPA.
- Creamer, M., Burgess, P., Pattison, P.** (1992). Reactions to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452-459.
- Cruzado, J.** (2003). La formación en psicooncología. *Psicooncología*, 0, 9-19.
- Culver, J., Arena, P., Wimberly, S., Antoni, M., Carver, C.** (2004). Coping among african-american, hispanic, and nonhispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psychology and Healthy*, 19, 157-66.
- Cutrona, C., Russell, D.** (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Cutrona, C., Suhr, J., MacFarlane, R.** (1990). Interpersonal transactions and the psychological sense of support. In S. Duck, & R. Silver (Eds.), *Personal relationships and social support* (pp. 30-45). London: Sage Publications.
- Cyrułnik, B.** (2001). *Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana*. Lisboa: Stória Editores.
- Danhauer, S., Crawford, S., Farmer, D., Avis, N.** (2009). A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 371-379.
- Dausch, B., Compas, B., Beckjord, E. et al.** (2004). Rates and correlates of DSM-IV diagnoses in women newly diagnosed with breast cancer. *J Clin Psychol Med S*, 11, 159-169.
- Davison, K., Pennebaker, J., Dickerson, S.** (2000). Who talks: the social psychology of illness support groups. *American Psychologist*, 55, 205-217.
- Davison, K., Pennebaker, J., Dickerson, S.** (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *Am Psychol.*, 55, 205-17.
- De Chico, E., Hayashi, V., Ferreira, N.** (2004). Doente com câncer: a experiência de crescer com o sofrimento. *Texto Contexto Enferm*, 13, 57-62.
- Deep, C., Leal, I.** (2002). Necessidades e preocupações em doentes oncológicos In Leal, I., Cabral, I., Ribeiro, L. (Org). *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Deimling, G., Wagner, L., Bowman, K., Sterns, S., Kerker, K., Kahana, B.** (2006). Coping among older-adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 15, 143-159.
- Derks, W., Leeuw, J. Hordijk, G., Winnubst, J.** (2005). Differences in coping style and locus the control between older and young patients with head and neck cancer. *Clinical Otolaryngology*, 30, 186-192.
- Derogatis, L.** (1986). Psychology in Cancer Medicine: A Perspective and Overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 632-638.
- DeSantis, C., Siegel, R., Bandi, P., Jemal, A.** (2011). Breast cancer statistics, 2011. *CA Cancer J Clin*, 61, 409-18.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M., Bayer, L., Taylor, M., Fisher, E.** (2005). Ending treatment: the course of emotional adjustment and quality of life among breast cancer survivors immediately following radiation therapy. *Support Care Cancer*, 13, 1018-1026.
- Devins, G.** (1994). Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruption in chronic life-threatening disease. *Adv. Renal Replace. Ther.*, 1, 251-264.
- Dey, S, Soliman, A., Merajver, S.** (2009). Xenoestrogens may be the cause of high and increasing rates of hormone receptor positive breast cancer in the world. *Med Hypotheses*, 72, 652-656.

- Dias, M.** (2005). *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dias, M. R.** (2002). Cancro da mama: a (contra) informação dos *Mass Media*. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 235-263). Lisboa: Climepsi.
- Dias, M. R., Manuel, P., Xavier, P., Costa, A.** (2002). O cancro da mama no “seio” da família. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 303-320). Lisboa: Climepsi.
- Die Trill, M.** (1999). La familia del paciente com cáncer . In García-Camba, E. (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 359-381). Madrid: Grupo Aula Medica.
- Die Trill, M.** (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 0, 39-48.
- Die Trill, M., Die Goyanes, A.** (2003). El cáncer de mama. (pp. 165-184). In Die Trill, M. (Ed.). *Psico-Oncología*. Madrid: ADES.
- Diegues, S., Pires, A.** (1997). A actuação do enfermeiro em radioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 4, 43.
- Die-Trill, M.** (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: Una aproximación clínica. *Psicooncología*, 4, 405-415.
- Die-Trill, M., Holland, J.** (1995). A model curriculum form training in psycho-oncology. *Psycho-Oncology*, 4, 169-82.
- Diong, S., Bishop, G., Enkelmann, H., Tong, E., Why, Y., Ang, J., Khader, M.** (2005). Anger, stress, coping, social suport and health: Modelling the relationships. *Psychology and Health*, 20, 467-495.
- Direcção Geral da Saúde** (2003a). *Guia de apoio à mulher com cancro da mama*. Lisboa: DGS.
- Direcção Geral da Saúde** (2003). *Risco de Morrer em Portugal*. Divisão de Epidemiologia: Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde** (2004). *Risco de morrer em Portugal. Estatísticas*, Volume II. Lisboa: DGS.
- Dochartaigh, N. Ó., Sleeman, P.** (2007). Governments, archives and statistics. In N. Ó. Dochartaigh (Ed.), *Internet research skills: How to do your literature search and find research information online* (pp. 123-142). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Documet, P., Trauth, J., Key, M., Flatt, J., Jernigan, J.** (2012). Breast cancer survivors' perception of survivorship. *Oncol Nurs Forum*, 39, 309-315.
- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J., Masse, B.** (1998). Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 487-494.
- Dow, K., Ferrell, B., Leigh, S., Ly, J., Gulasekaram, P.** (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 39, 261-273.
- Duarte, N.** (2010). *Fisioterapia: Influência na Qualidade de Vida da Mulher com Cancro da Mama: Contributo Para a Qualidade do Serviço em Oncologia*. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde, apresentada na Universidade Nova de Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Dunkel-Schetter, C.** (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77-98.
- Dunkel-Schetter, C., Bennett, T.** (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In Sarason, B., Sarason, I, Pierce, G. (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 267-296). New York: Jonh Wiley & Sons.
- Dunkerl-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, Falke, R.** (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Durá, E., Hernández, S.** (2002). Programas de apoyo social para enfermos oncológicos. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 453-479). Lisboa: Climepsi.
- Durá, E., Ibañez, E.** (2000). Psicología Oncológica: Perspectivas Futuras de Investigación e intervención profesional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 27-43.

- Eakin, E., Strycker, L.** (2001). Awareness and barriers to use of cancer support and information resources by HMO patients with breast, prostate, or colon cancer: patient and provider perspectives. *Psycho-Oncology*, 10, 103–113.
- Edgar, M., Ladislav, V., Shaffner, L.** (1997). Coping and Psychological Adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408–418.
- Egeland, B., Carlson, E., Sroufe, L.** (1993). Resilience as process. Development and psychopathology. (pp. 517–528). USA: Cambridge University Press.
- Endler, N., Parker, J., Summerfeldt, L.** (1993). Coping with health problems: Conceptual and methodologic issues. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 384–399.
- Endler, N., Parker, J., Summerfeldt, L.** (1998). Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10, 195–205.
- EORTC** (2001). *EORTC QLQ-C30 Scoring manual*. (3^o Ed). EORTC: Brussels.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., Krag, D.** (1999). Psychological adjustment in breast cancer: Processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18, 315–326.
- Estapé, T.** (2002). Disfunciones sexuales en pacientes de cáncer. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 481–492). Lisboa: Climepsi.
- Estapé, T.** (2004). El perfil de psico-oncólogo. *Psicooncología*, 1, 291–292.
- European Organization for Research and Treatment of Cancer.** (2004). *Manual for clinical research in breast cancer*. (5th ed). Brussels: EORTC Breast Cancer Group.
- Eysenbach, G.** (2003). The Impact of the Internet on Cancer Outcomes. *CA Cancer J Clin*, 53, 356–371.
- Eysenbach, G., Till, J.** (2001). Ethical issues in qualitative research on internet communities. *BMJ*, 323, 1103–1105
- Fallowfield, L., Leaity, S., Howell, A., Benson, S., Cella, D.** (1999). Assessment of quality of life in women undergoing hormonal therapy for breast cancer: Validation of an endocrine symptom subscale for the FACT-B. *Breast Cancer Res. Treat*, 55, 189–199.
- Faria, C., Xarepe, F.** (2000). Dor de peito; mal de amor. In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Orgs.), *Actas do 3.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 241–252). Lisboa: ISPA.
- Farquhar, M.** (1995). Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22502–508.
- Fawzy, F., Fawzy, N.** (1994). A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 16, 149–92.
- Fawzy, F., Fawzy, N., Arndt, L., Pasnau, R.** (1995). Critical review of psychosocial intervention in cancer. *Arch. Gen. Psychol.*, 52, 100–113.
- Fawzy, I., Cousins, N., Fawzy, N., Kemeny, M., Elashoff, R., Morton, D.** (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47, 720–725.
- Fayers, P. et al.** (1999). *The EORTC-C30 scoring manual*. (2^a ed.). Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Fayers, P. et al.** (2001). *The EORTC QLQ-C30 scoring manual*. (3^a ed). Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer.
- Fayers, P., Bottomley, A.** (2002). Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *Eur J Cancer*, 38, 125–133.
- Feigin, R., Barnetz, Z., Davidson-Arad, B.** (2008). Quality of Life in Family Members Coping With Chronic Illness in a Relative: An Exploratory Study Families, Systems, & Health, 26, 267–281.
- Felton, B., Revenson, T.** (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J. Consult. Clin. Psychol*, 52, 343–353.

- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., Boyle, P.** (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol.*, 18, 581-92.
- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., Boyle, P.** (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol.*, 18, 581-592.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., & Parkin, D.M.** (2004). *Globocan 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. Lyon: IARC Press.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., Parkin, D.** (2001). Globocan 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. *International Agency for Research on Cancer*. No. 5. Lyon, France.
- Ferlay, J., Shin, H., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., Parkin, D.** (2011). *Globocan 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide*. Lyon: IARC Press.
- Fernandes, S.** (2000). *Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica Breve em Mulheres com Cancro da Mama*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, apresentada no Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Fernandes, S.** (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde, apresentada no Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Fernández, A. I.** (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1, 169-180.
- Ferreira** (1990). *Moderna saúde pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferrell, B., Dow, K., Leigh, S., Ly, J., Gulasekaram, P.** (1995). Quality of life in long-term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22, 915-922.
- Ferrell, B., Grant, M., Funk, B., Garcia, N., Otis-Green, S., Schaffner, M.** (1996). Quality of life in breast cancer. *Cancer Pract.*, 4, 331-340.
- Ferrell, B., Grant, M., Funk, B., Otis-Green, S., Garcia, N.** (1997). Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psychooncology*, 6, 13-23.
- Ferrero, J., Barreto, M., Toledo, M.** (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3, 223-232.
- Feuerstein, M.** (2007). Defining cancer survivorship. *The Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 1, 5-7.
- Fialho, A., Silva, R.** (2004). Câncer de mama: o pensar e o fazer das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, 157-160.
- Fialka-Moser, V., Crevenna, R., Korpan, M., Quittan, M.** (2003). Cancer rehabilitation: particularly with aspects on physical impairments. *J Rehabil Med*, 35, 153-62.
- Field, A.** (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3ªEd). London: Sage Publications.
- Filazoglu, G., Griva, K.** (2008). Coping and social support and health related of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health & Medicine*, 13, 559-573.
- Finn, J.** (1999). An exploration of helping process in an online self-help group focusing on issues of disability. *Health and Social Work*, 24, 220-231.
- Fleck, M.** (2006). O projecto WHOQOL: desenvolvimentos e aplicações. *Psiquiatria Clínica*, 27, 5-13.
- Fobair, P., Spiegel, D.** (2009). Concerns about sexuality after breast cancer. *Cancer J*, 15, 19-26.
- Fobair, P., Stewart, S., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P., Bloom, J.** (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 15, 579 - 594.
- Fogel, J., Albert, S., Schnabel, F., Ditkoff, B., Neugut, A.** (2002). Internet use and social support in women with breast cancer. *Health Psychology*, 21, 398-404.
- Fogel, J., Albert, S., Schnabel, F., et al.** (2003). Racial/ ethnic differences and potential psychological benefits in use of the Internet by women with breast cancer. *Psychooncology*, 12, 107-117.

- Fogel, J., Nehmad, E.** (2009). Internet social network communities: risk, trust, and privacy concerns. *Computers in Human Behavior*, 25, 153-160.
- Foley, K., Farmer, D., Petronis, V., Smith, R., Mccgraw, S., Smith, K., et al.** (2006). A qualitative exploration of the cancer experience among long-term survivors: comparisons by cancer type, ethnicity, gender, and age. *Psycho-Oncology*, 15, 248-258.
- Folkman, S.** (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R.** (1980). An analysis of coping in a middle-age community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fonseca, S.** (2011). *A adaptação à doença em mulheres com cancro da mama: A influência do sentido da vida, do optimismo, da imagem corporal e da depressão*. Dissertação de Mestrado Integrado de Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto Universidade do Porto, Porto.
- Font, A.** (1994). Cáncer y calidad de vida. *Anu Psicol*, 61, 41-50.
- Font, A., Rodríguez, E.** (2007). Eficácia de las intervenciones psicológicas en mujeres com cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 423-446.
- Font, A., Cardoso, A.** (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: Pensamientos, conductas e reacciones emocionales. *Psicooncología*, 6, 27-42.
- Font, A., Rodríguez, E., Buscemi, V.** (2004). Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Psicooncología*, 1, 45-56.
- Ford, S., Fallowfield, L., Lewis, S.** (1994). Can oncologists detect distress in their outpatients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer*, 70, 767-770.
- Fox, B.** (1998). Psychosocial Factors in Cancer Incidence and Prognosis. In Holland J. (Ed.) *Psycho-Oncology*. (pp. 110-124). New York: Oxford University Press.
- Frankl, V.** (1977). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Ed. Herder.
- Franks, H., Roesch, S.** (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15, 1027-1037.
- Fredette, S.** (1995). Breast cancer survivors: Concerns and coping. *Cancer Nursing*, 18, 35-46.
- Fridfinnsdottir, E.** (1997). Iceland women's identifications of stressors and social support during phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 526-531.
- Friedman, L., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I. Dulay, M., Liscum, K.** (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595-603.
- Frost, M., Suman, V., Rummans, T., Dose, A., Taylor, M., Novotny, P., Johnson, R., Evans, R.** (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: The influence of disease phase. *Psychooncology*, 9, 221-31.
- Fuentes, S., Blasco, T.** (2010). Preocupaciones de las pacientes com cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. *Psicooncología*, 7, 51-60.
- Ganz, A., Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., Wyatt, G.** (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol*, 16, 501-14.
- Ganz, P. A.** (2000). Quality of life across the continuum of breast cancer care. *Quality of Life Concerns*, 6, 324-330.
- Ganz, P., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M., Petersen, L.** (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38, 183-199.
- Ganz, P., Desmond, K., Belin, T., Meyerowitz, B., Rowland, J.** (1999). Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol*, 17, 2371- 2380.

- Ganz, P., Desmond, K., Leedham, B.** (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 9, 123-124.
- Ganz, P., Desmond, K., Leedham, B., Rowland, J., Meyerowitz, B., Belin, T.** (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *J Natl Ca Inst*, 94, 39-49.
- Ganz, P., Kwan, L., Stanton, A., Krupnick, J., Rowland, J., Meyerowitz, B., et al.** (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of National Cancer Institute*, 96, 376-387.
- Ganz, P., Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., Wyatt, G.** (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 501-514.
- Ganz, P., Rowland, J., Meyerowitz, B., Desmond, K.** (1998). Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Results Cancer Res.*, 152, 396-411.
- Ganz, P., Schag, A., Lee, J., Polinsky, M., Tan, S.** (1992). Breast conservation *versus* mastectomy: is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer*, 69, 1729-38.
- Ganz, P., Schag, C., Cheng, H.** (1990). Assessing the quality of life: A study in newly-diagnosed breast cancer patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 43, 75-86.
- García-Conde, J., García-Conde, A.** (2005). Humanización en la asistencia clínica oncológica *Psicooncología*, 2, 149-156.
- Gellaitry, G., Peters, K., Bloomfield, D., Horne, R.** (2010). Narrowing the gap: the effects of an expressive writing intervention on perceptions of actual and ideal emotional support in women who have completed treatment for early stage breast cancer. *Psychooncology*, 19, 77-84.
- Gerber, L., Vargo, M., Smith, R.** (2005). Rehabilitation of the cancer patient. In DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (Eds.), *Cancer: principles and practice of oncology*. (pp. 3089-3110). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gianini, M.** (2007). *Câncer e Gênero.: Enfrentamento da doença*. O portal dos psicólogos, consultado em www.psicologia.com.pt , em 20.03.2012, 1-21.
- Gibson, C.** (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., Spiegel, D.** (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 14, 251-266.
- Gil, F., Novellas, A.** (2004). Modelo de Atención Psico-social en Oncología: Standards. *Psicooncología*, 1, 179-184.
- Gil, F., Sirgo, A., Lluch, P., Maté, J., Estradé, E.** (2002). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 427-452). Lisboa: Climepsi.
- Gimenes, M.** (2003). Definição, foco de estudo e intervenção. In M. Carvalho (Ed.), *Introdução à Psiconcologia* (pp. 36-56). São Paulo: Livro Pleno.
- Gimón, A.** (2007). Movimiento asociativo de mujeres pacientes y cáncer de mama. *Psycho-oncology*, 4, 519-522.
- Glanz, K., Lerman, C.** (1992). Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 204-212.
- Goffman, E.** (1993). *A Apresentação do Eu na vida de Todos os Dias*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Golden-Kreutz, D., Thornton, L., Gregório, S., Frierson, G., Jim, H., Carpenter, K., Shelby, R., Andersen, B.** (2005). Traumatic stress, perceived global stress, and life events: Prospectively predicting quality of life in breast cancer patients. *Health Psychology*, 24, 288-296.
- Gomes, I.** (2010). *O impacto do suporte social e do locus de controlo na deficiência física adquirida*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.

- Gomes, M.** (2008). *Qualidade de vida e Diabetes: Variáveis Psicossociais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Gomes, R., Skaba, M., Vieira, R.** (2002). Reinventando a vida: Proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminino. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 197-204.
- Gonçalves, A.** (2010). *A Revelação do diagnóstico de cancro e as representações no quotidiano da pessoa. Contributos para a intervenção de enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Goodman, M.** (1989). Managing the side-effects of chemotherapy. *Seminars in Oncology Nursing*, 5, 29-52.
- Gotay, C., Muraocka, M.** (1998). Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 90, 656-667.
- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sabato, S., Rossi, E.** (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: finding from the Southern European Psycho-Oncology Study. *J Affect Disord*, 83, 243-8.
- Gray, R., Doan, B.** (1990). Heroic self-healing and cancer: clinical issues for the health professions. *J Palliat Care*, 6, 32-41.
- Gray, R., Fitch, M., Davis, C., Phillips, C.** (1997). A qualitative study of breast cancer self-help groups. *Psychooncology*, 6, 279-89.
- Greendale, G., Petersen, L., Zibecchi, L., Ganz, P.** (2001). Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. *Menopause*, 8, 111-9.
- Greer, S.** (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-49.
- Greer, S.** (1994). Psycho-oncology: Its aims, achievements and future tasks. *Psycho-Oncology*, 3, 87-101.
- Greer, S.** (1999). Mind-body research in psychooncology. *Advances in Mind and Body Medicine*, 15, 236-244.
- Greer, S., Moorey, S., Watson, M.** (1989). Patients' adjustment to cancer: The mental adjustment to cancer (MAC) Scale vs Clinical Ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 373-377.
- Greer, S., Watson, M.** (1987). Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys*, 6, 439-453.
- Guerra, M.** (1997). Orientações teóricas para a formação de grupos de suporte para seropositivos ao vírus VIH. *Psicologia: Teoria, Investigação & Prática*, 2, 371-381.
- Guiteras, A., Bayés, R.** (1993). Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In Forns, M., Anguera, M. (Eds.). *Apportaciones recientes a la evaluación psicológica*. Barcelona: Universitat.
- Gunnars, B.** (1992). Quality of life during chemotherapy treatment: An analysis of experience of cancer patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 6, 172-192.
- Gutiérrez, F. G.** (2007). *Cáncer: Guía para pacientes y familiares*. Sevilla: Editorial Trillas.
- Hack, T., Degner, L., Watson, P., Sinha, L.** (2006). Do patients benefit from participating in medical decision making? Longitudinal follow-up of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 9-19.
- Hack, T., Degner, L.** (1999). Coping with breast cancer: A cluster analytic approach. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54, 185-194.
- 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.
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H., Tuinstra, J., Coyne, J.** (2008). Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 134, 1-30.

- Håkansson, H., Montgomery, H.** (2003). Empathy as an interpersonal phenomenon. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 267–284.
- Hamptom, M., Frombach, I.** (2000). Women experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care for Woman International*, 21, 67-76.
- Hampton, M., Frombach, I.** (2000). Women experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care for Woman International*, 21, 67-76.
- Han, J., Grothuesmann, D., Neiss, M., Hille, U., Hillemanns, P.** (2010). Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 282, 75-82.
- Han, J., Shah, D., Kim, E., Namkoong, K., Lee, S., Moon, T., Cleland, R., Bu, Q., McTavish, F., Gustafson, D.** (2011). Empathic Exchanges in Online Cancer Support Groups: Distinguishing Message Expression and Reception Effects', *Health Communication*, 26, 185 —197.
- Han, J., Shaw, B., Hawkins, R., Pingree, S., McTavish, F., Gustafson, D. H.** (2008). Expressing positive emotions within online support groups by women with breast cancer. *Journal of Health Psychology*, 13, 1002–1007.
- Harrison, J., Maguire, P.** (1994). Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *Br. J. Psychiatry*, 65, 593–598.
- Härtl, K., Janni, W., Kästner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B., Stauber, M.** (2003). Impact of medical and demographic factors on long term quality of life and body image of breast cancer patients. *Ann Oncol*, 14, 1064-1071.
- Hauser, T., Allen, P.** (2006). Overcoming adversity in adolescence: Narratives of resilience. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 549-576.
- Hayes, D.** (1995). Principles of Systemic Therapy. In Hayes, D. M. (Ed.), *Atlas of Breast Cancer* (Chapter Ten). USA: Mosby-Wolfe.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L.** (1997). Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408–418.
- Heim, E., Valach, L., Schaffner, L.** (1997). Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosom Med.*, 59, 408-18.
- Helgeson, V. S., Tomich, P. L.** (2005). Surviving cancer: a comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14, 307-317.
- Helgeson, V., Cohen, S.** (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135-148.
- Helgeson, V., Cohen, S., Fritz, H.** (1998). Social ties and cancer. In J. C. Holland, W. Breitbart (Eds.), *Psycho-Oncology*. (pp.99-109). New York: Oxford University Press.
- Helgeson, V., Cohen, S., Schulz, R., Yasko, J.** (2000). Group Support Interventions for Women With Breast Cancer: Who Benefits From What? *Health Psychology*, 19, 107-114.
- Helgeson, V., Lopez, L.** (2010). Social Support and Growth Following Adversity. In Reich, J., Zautra, A., Hall, J. (Eds.), *Handbook of Adult Resilience*. (pp. 309-330). New York: Guildford Press.
- Helgeson, V., Reynolds, K., Tomich, P.** (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol*, 74, 797–816.
- Helgeson, V., Snyder, P., Seltman, H.** (2004). Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: Identifying distinct trajectories of change. *Health Psychology*, 23, 3-15.
- Henselmans, I., Fleer, J., Vriesb, J., Baasc, P., Sanderman, R., Ranchor, A.** (2010). The adaptive effect of personal control when facing breast cancer: Cognitive and behavioural mediators. *Psychology and Health*, 25, 1023–1040.
- Herman, B.** (1995). The evolution of health-related quality of life assessment in epilepsy. *Quality of Life Research*, 4, 87-95.
- Hernández, M., Cruzado, R., Arana, Z.** (2007). Problemas psicológicos en pacientes com câncer; Dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4, 179–191.

- Hesketh, P., Batchelor, D., Golant, M., Lyman, G.H., Rhodes, N., Yardley, D.** (2004). Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. *Support care Cancer*, 12, 543-9.
- Hewitt, M., Herdman, R., Holland, J.** (Eds.). (2004). *Meeting Psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington: The National Academies Press.
- Hilakivi-Clarke, L., Rowland, J., Clarke, R., Lippman, M.** (1993). Psychosocial factors in the development/progression of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 29, 141-160.
- Hoffmann, F., Muller, M., Frasson, A.** (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 239-254.
- Hoffmann, F., Müller, M., Rubin, R.** (2006). A mulher com câncer de mama: Apoio social e espiritualidade. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14, 143-150.
- Holland, J.** (1995). Psycho-Oncology in the new Millenium. *IMJ*, 2, 255-7.
- Holland, J.** (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 2006-2021.
- Holland, J., Lewis, S.** (2001). *The Human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty*. New York: HarperCollins Publishers.
- Holland, J., Murillo, M.** (2006). Historia internacional de la psicooncología. In A. Prada (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp.31-60). Bogotá: Javegraf.
- Holland, K., Holahan, C.** (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18, 15-29.
- Holmberg, S., Scott, L., Alexy, W., Fife, B.** (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nurs*, 24, 53–60.
- Holroyd, K., Lazarus, R.** (1982). Stress, coping, and somatic adaptation. In L. Goldberger, S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 21-35). New York: Free Press.
- Holtzman, S., Newth, S., DeLongis, A.** (2004). The role of social support in coping with daily pain among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 9, 677–695.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Scheweigkofler, H., Dunser, M., et al.** (2001). Quality of Life in Breast Cancer Patients - Not Enough Attention for Long-Term Survivors. *Psychosomatics*, 42, 117-123.
- Holzner, B., Kemmler, M., Moschen, R., et al.** (2001). Quality of life in breast cancer patients – not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics*, 2, 117–123.
- Hopwood, P., Lee, A., Shenton, A., Baildam, A., Brain, A., Lalloo, F., Evans, G., Howell, A.** (2000). Clinical follow-up after bilateral risk reducing (“prophylactic”) mastectomy: Mental health and body image outcomes. *Psycho-oncology*, 9, 462-472.
- Hopwood, P., Maguire, G.** (1988). Body image problems in cancer patients. *Br J Psychiat*, 153, 47-50.
- Hoskins, G. N., Budin, W. C. & Maislin, G.** (1996). Medical factors and patterns of adjustment to breast cancer. *Psycho-oncology*, 5, 31-44.
- House, J., Kahn, R.** (1985). Measures and concepts of social support. In *Social Support and Health* (pp. 83–108). (S. Cohen, S.L. Syme Eds.), New York: Academic Press.
- Houston, D.** (1997). Supportive therapies for cancer chemotherapy patients and the role of the oncology nurse. *Cancer Nurse*, 20, 409-413.
- Hoybye, M., Johansen, C., Thomsen, T.** (2005). Online Interaction. Effects of storytelling in an internet breast cancer support group. *Psycho-Oncology*, 14, 211–220.
- Ibáñez, E., Andreu, Y.** (1988). Calidad de vida y psicología oncológica. *Anu Psicol*, 38, 8-21.
- Ibáñez, E., Valiente, M., Soriano, J.** (2002). Una historia de la Psico-oncología: del cancer a la psicología e vice-versa. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 348-380). Lisboa: Climepsi Editores.

- Infocancro** (2012). *Cancro da Mama* [versão electrónica]. Disponível em www.roche.pt, consultado a 20.01.2012.
- Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J., Browne, G.** (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer*, 67, 1097-117.
- Jacelon, C.** (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Jalowiec, A., Dudas, S.** (1991). Alteraciones in Patient Coping. In Baird, S., Corkle, M., Grant, M. (Eds.), *Cancer Nursing. A Comprehensive Textbook* (pp. 806-820). Philadelphia: Sanders Company.
- Jardines, L., Haffty, B., Theriault, R., Fisher, P., Weitzel, J.** (2000). Breast cancer overview. Risk factors, screening, genetic testing, and prevention. In Pazdur, R., Coia, L., Hoskins, W., Wagman, L. (Eds.), *Cancer Management: A Multidisciplinary Approach*. (4ª ed.) (pp. 134-157). New York: PRR Melville.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M., Ferlay, J., Ward, E., Forman, D.** (2011). Global Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*, 61, 69–90.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., Murray, T., Thu, M.** (2008). Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*, 58, 71-96.
- Jerónimo, T., Henriques, R.** (2002). Cuidados de Enfermagem a doentes com cancro da mama. *Revista Enfermagem Oncológica*, 21, 24-39.
- Jim, H., Richardson, S., Golden-Kreutz, D., Andersen, B.** (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25, 753-761.
- Joinson, A.** (2001). Self-disclosure in computer-mediated communication: The role of self-awareness and visual anonymity. *European Journal of Social Psychology*, 31, 177-192.
- Joinson, A., Paine, C. B.** (2007). Self-disclosure, privacy and the internet. In A. N. Joinson, K. Y. A McKenna, T. Postmes, U-D. Reips (Eds.), *Oxford Handbook of Internet Psychology* (pp. 237-252). Oxford: Oxford University Press.
- Junqueira, M., Deslandes, S.** (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 227–235.
- Justo, J. M.** (2002). Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 51-73). Lisboa: Climepsi.
- Kaklamani, V., Gradishar, W.** (2005). Adjuvant Therapy of Breast Cancer. *Cancer Investigation*, 23, 548-560.
- Karanci, A., Erkam, A.** (2007). Variables related to stress-related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress Health*, 23, 315-22.
- Kasper, A.** (1995). The social construct of breast loss and reconstruction. *Women's Health Res Gender Behavior Policy*, 1, 197–219.
- Katapodi, M., Facione, N., Miaskowski, C., Dodd, M., Waters, C.** (2002). The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample. *Oncology Nursing Forum*, 29, 845-852.
- Katz, A.** (2005). The sounds of silence; sexuality information for cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 238-241.
- Kayser, K., Sormanti, M., Strainchamps, E.** (1999). Women coping with cancer: The influence of relationship factors on psychosocial adjustment. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 725-739.
- Kayser, K., Watson, L., Andrade, J.** (2007). Cancer as a “we disease”: Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, 25, 404 – 418.
- Kelly, S., Lambert, S.** (1992). Family support in rehabilitation: A review of research, 1980–1990. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 36, 98–118.
- Kerckhove, D.** (1995). *A Pele da Cultura: Uma investigação sobre a Nova Realidade Electrónica* (Luís Soares e Catarina Carvalho). Lisboa: Relógio D'Água Editores.

- Kershaw, T., Northouse, L., Kritpracha, C., Schafenacker, A., Mood, D.** (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19, 139–155.
- Kessler, T.** (2002). Contextual variables, emotional state, and current and expected quality of life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 29, 1109–1116.
- Kim, J., Han, J., Shaw, B., Mctavish, 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 Health Psychology*, 15, 543–552.
- Kim, Y., Valdimarsdottir, H., Bovbjerg, A.** (2003). Family Histories of Breast Cancer, Coping Styles, and Psychological Adjustment. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 225–243.
- King, M., Kenny, P., Shiell, A., et al.** (2000). Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: Influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research*, 9, 789–800.
- Kissane, D., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D., Bloch, S., Smith, G.** (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 320–326.
- Klemm, P., Bunnell, D., Cullen, M., et al.** (2003). Online cancer support groups: a review of the research literature. *Comput Inform Nurs*, 21, 136–142.
- Klemm, P., Reppert, K., Visich, L.** (1998). A nontraditional cancer support group. The Internet. *Comput Nurs*, 16, 31–36.
- Knobf, M.** (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23, 71–83.
- Komproe, I., Rijken, M., Ros, W., Winnubst, J., Hart, H.** (1997). Available support and received support: Different effects under stressful circumstances. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 59–77.
- Koopman, C., Angell, K., Turner-Cobb, J., Kresha, M., Donnelly, P., McCoy, R., Turkseven, A., Graddy, K., Giese-Davis, J., Spiegel, D.** (2001). Distress, coping and social support among rural women recently diagnosed with primarily breast cancer. *The Breast Journal*, 7, 25–33.
- Kornblith, A.** (1998). Psychosocial Adaptation of Cancer Survivors. In J.Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 223–254). New York: Oxford University Press.
- Kornblith, A. B., Powell, M., Regan, M. M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B., et al.** (2007). Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 895–903.
- Kornblith, A., Herndon, J., Weiss, R., Zhang, C., Zuckerman, E., Rosenberg, S. et al.** (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98, 679–689.
- Kornblith, A., Herndon, J., Zuckerman, E., Viscoli, C., Horwitz, R., Cooper, M., Harris, L., Tkaczuk, K., Perry, M., Budman, D., Norton, L., Holland, J.** (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 91, 443–454.
- Kornblith, A., Ligibel, J.** (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology*, 30, 799–813.
- Kravdal, O.** (2001). The impact of marital status on cancer survival. *Soc Sci Med.*, 52, 357–68.
- Kübler-Ross, E.** (1969). *On Death and Dying*. New York: Collier Books.
- Kübler-Ross, E.** (2005). *Sobre la muerte y los moribundos – alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. (Neri Daurella). Barcelona: Debolsillo.
- Kuhn, D., Dow, K.** (2003). Quality of life. Issues in breast cancer. In King, C., Hinds, P. (Eds.), *Quality of life. From nursing and patient perspectives* (2ªed.) (pp. 241 – 259). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

- Laborda, A. Z., Torrubia, A. P.** (1999). Respuesta psicológica al tratamiento del paciente con cáncer: reacción-adaptación. In García-Camba, E. (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 91-112). Madrid: Grupo Aula Médica.
- Labrador, F., Bara, E.** (2004). La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1, 51-66.
- Lamb, M.** (1995). Effects of cancer on the sexuality and fertility of women. *Seminars in Oncology Nursing*, 11, 120-127.
- Lambert, C., Lambert, V.** (1999). Psychological Hardiness: State of the science. *Holist Nurs Pract*, 13, 11-19.
- Landro, L.** (1999). Alone together. Cancer patients and survivors find treatment—and support—online. It can make all the difference. *Oncologist*, 4, 59-63.
- Lasmar, M., Ronzani, T.** (2009). Qualidade de Vida e Resiliência: Uma interface com a promoção da saúde. *Rev. APS*, 12, 339-350.
- Lauver, D., Tak, Y.** (1995). Optimism and coping with a breast cancer symptoms. *Nursing Research*, 44, 202-206.
- Lavery, J., Clarke, V.** (1996). Causal attributions, coping strategies, and adjustment to breast cancer. *Cancer Nurs.*, 19, 20-28.
- Lazarus, R. S.** (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Free Press.
- Lazarus, R. S., Folkman, S.** (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.** (1982) Stress and coping as factors in health and illness. In *Psychosocial Aspects of Cancer* (pp-163-190). (J. Cohen, J. Cullen, R.M. Martin Eds.). New York: Raven Press.
- Lazarus, R.** (2000). Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. In Rice, V (Ed.), *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory and practice* (pp. 195 – 222). London: Sage Publications.
- Leatham, G., Duck, S.** (1990). Conversations with friends and the dynamics of social support. In S. Duck (Ed.), *Personal relationships and social support* (pp. 1-29). London: Sage Publications.
- Lechner, S., Antoni, M.** (2004). Posttraumatic growth and group-based interventions for persons dealing with cancer: What have we learned so far? *Psychol Inq*, 15, 35-41.
- Lechner, S., Antoni, M., Carver, C., Weaver, K., Phillips, K.** (2006). Curvilinear Associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 828-840.
- Lee, T., Kilbreath, S., Refshauge, K., Pendlebury, S., Beith, J., Lee, M.** (2008). Quality of life of women treated with radiotherapy for breast cancer. *Support Care Cancer*, 6, 399-405.
- Lehto, U., Ojanen, M., Kellokumpu-Lehtinen, P.** (2005). Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 16, 805-816.
- Leigh, S., Stovall, E.** (2003). Cancer survivorship. Quality for life. In King, C., Hinds, P., (Eds). *Quality of life: from nursing and patient perspectives*. (2^a ed.) (pp. 381-395). Boston (USA): Jones and Bartlett Publishers.
- Leipold, B., Greve, W.** (2009). A Conceptual Bridge Between Coping and Development. *European Psychologist*, 14, 40-50.
- Lepore, S.** (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. L. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99-116). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lepore, S., Smyth, J.** (2002). The writing cure: An overview. In S. J. Lepore & J. M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 3 - 14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Levenson, R., Ruef, A. M.** (1992). Empathy: A physiological substrate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 234-246.

- Levine, E., Eckhardt, J., Targ, E.** (2005). Change in post-traumatic stress symptoms following psychosocial treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 618–635.
- Lewis, F.** (1990). Strengthening family supports. Cancer and the family. *Cancer*, 65, 752-759.
- Lewis, J., Manne, S., DuHamel, K., Vickburg, S., Bovbjerg, D., Currie, V., Winkel, G., Redd, W.** (2001). Social Support, Intrusive Thoughts, and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 231-245.
- Lichtman, R., Taylor, S., Wood, J.** (1987). Social support and marital adjustment to breast cancer. *J. Psychosoc. Oncol.*, 5, 47–74.
- Lieberman, M.** (1982). The effects of social supports on response to stress. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp.764- 783). New York: Free Press.
- Lieberman, M.** (2007).The role of insightful disclosure in outcomes for women in peer-directed breast cancer groups: a replication study. *Psycho-Oncology*, 16, 961–964.
- Lieberman, M., Goldstein, B.** (2005). Self-help on-line: An outcome evaluation of breast cancer bulletin boards. *Journal of Health Psychology*, 10, 855–862.
- Lieberman, M., Goldstein, B.** (2006). No all negative emotions are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psychooncology*, 15, 160-168.
- Linares, E., Vilariño, C., Villas, M., Álvarez-Dardet, S., López, M.** (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18, 45-59.
- Lindop, E., Cannon, S.** (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 760-771.
- Linley, P., Joseph, S.** (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A review. *J Trauma Stress*, 17, 11-21.
- Lipowski, Z.** (1970). Physical illness, the individual and the coping process. *Psychiat. Med*, 1, 91-102.
- Liu, C., Kuo, F.** (2007). A study of internet addiction through the lens of the interpersonal theory. *CyberPsychology & Behavior*, 10, 799-804.
- Liu, G., Robins, H.** (2006). A História Natural e a Biologia do Câncer. In Pollock, R., Doroshow, J., Khayat, D., Nakao, A., O’Sullivan, B (Eds.) (8ªed.), *Manual de Oncologia Clínica* (pp. 1-17). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo
- Livneth, H.** (2000). Psychosocial adaptation to cancer: the role of coping strategies. *Journal of Rehabilitation*, 66, 40-49.
- Llorca Ramón, G., Díez, M. A., et al.** (1999). Estado actual del cáncer. Intervención en pacientes oncológicos. In García-Camba, E. (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 231-258). Madrid: Grupo Aula Médica.
- Lopes, H.** (2004). *Qualidade de vida, respostas emocionais e estratégias de coping para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico e da mama: um estudo comparativo*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Lopes, H., Ribeiro, J., Leal, I.** (1999). Estudos sobre qualidade de vida em mulheres submetidas a histectomia ou anexectomia para tratamento do cancro do útero ou ovário. *Análise Psicológica*, 3, 483-497.
- Lopes, M.** (2005). *Cancro da Mama: Impacto da Doença na Mulher- Uma Perspectiva Ecológica*. Dissertação de Mestrado em Ecologia Humana, apresentada na Universidade de Évora.
- Lorhisch, C., Piccart, M.** (2006). Câncer de Mama. In Pollock, R., Doroshow, J., Khayat, D., Nakao, A., O’Sullivan, B. (Eds.) (8ªed.), *Manual de Oncologia Clínica* (pp. 505-534). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Lotti, R., Barra, A., Dias, R., Makluf, A.** (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na Qualidade de Vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54, 367-371.

- Lu, Q., Zheng, D., Young, L., Kagawa-Singer, M., Loh, A.** (2012). A Pilot Study of Expressive Writing Intervention Among Chinese Speaking Breast Cancer Survivors. *Health Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0026834.
- Lugton, J.** (1997). The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. *Journal Adv. Nurs.*, 25, 84-91.
- Machado, L.** (2010). *Resiliência e promoção de saúde: Uma relação possível*. O portal dos psicólogos, consultado em www.psicologia.com.pt, em 23.03.2012, 1-13.
- Maes, S., Leventhal, H., De Ridder, D.** (1996). Coping with chronic diseases. In Zeidner, M., Endler, N. (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 221-251). New York: John Wiley & Sons.
- Maia, L., Correia, C.** (2008). *Consequências psicológicas, estratégias de coping e intervenção na doença oncológica: Uma revisão da literatura para aplicação prática*. O portal dos psicólogos, consultado em www.psicologia.com.pt, em 16.03.2012, 1-34.
- Maldonado, R.** (1995). Mastectomy and sexual identity: the reconstruction of self-image. *Trends Health Care Law Ethics*, 10, 45-52.
- Mallinckrodt, B., Armer, J., Heppner, P.** (2012). A Threshold Model of Social Support, Adjustment, and Distress After Breast Cancer Treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 150-160.
- Mañas, A., Miralles, L., Caballero, B., Ruiz, M., Belinchón, B., Rodríguez, I., Escribano, A., Fuente, C.** (2007). Indicaciones del tratamiento radioterápico en el cancer de mama. *Psicooncología*, 4, 331-343.
- Mann, C., Stewart, F.** (2000). *Internet communication and qualitative research: A handbook for researching online*. London: Sage Publications.
- Manne, S., Badr, H.** (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112, 2541-2555.
- Manne, S., Ostrff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., Grana, G.** (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner and couple perspectives. *Psychosoma Med*, 66, 442-54.
- Manne, S., Taylor, K., Dougherty, J., Kemeny, N.** (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 101-125.
- Manuel, J., Burwell, S., Crawford, S. et al.** (2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*, 30, 85-94.
- Manuel, J., Burwell, S., Crawford, S., Lawrence, R., Farmer, D., Hege, A., Philips, K., Avis, N.** (2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*, 30, 85-94.
- Marcus, A., Garrett, K., Cella, D., Wenzel, L., Brady, M., Fairclough, D., Pate-Willig, M., Barnes, D., Emsbo, S., Kluhsman, B., Crane, L., Sedlacek, S., Flynn, P.** (2010). Can telephone counseling post-treatment improve psychosocial outcomes among early stage breast cancer survivors? *Psycho-Oncology*, 19, 923-932.
- Margolis, G., Goodman, R., Rubin, A.** (1990). Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. *Psychosomatics*, 31, 33-39.
- Marin, J.** (1995). *Psicologia social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Markar, K., Cumming, C., Lees, A., Hundleby, M., Nabholtz, J., Kieren, D. et al.** (1997). Sexuality, body image and quality of life after high dose or conventional chemotherapy for metastatic breast cancer. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 6, 1-8.
- Markham, A., Baym, N.** (2009). *Internet Inquiry: Conversations about method*. London: Sage Publications.
- Marlow, B., Cartmill, T., Cieplucha, H., Lowrie, S.** (2003). An interactive process model of psychosocial support needs for women living with breast cancer. *Psychooncology*, 12, 319-30.
- Maroco, J.** (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maslach, C.** (1982). *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice Hall Press Inc.

- Massie, M., Popkin, M.** (1998). Depressive Disorders. In J. Holland (Ed.), *Psycho-Oncology* (pp. 518-540). New York: Oxford University Press.
- Matheson, G., Drever, J.** (1990). Psychological preparation of the patient for breast reconstruction. *Ann Plast Surg*, 24, 238-47.
- Matias, A.** (2002). A Organização da luta social contra o cancro em Portugal. Abordagem sócio-histórica. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 99-128). Lisboa: Climepsi.
- Matthews, E., Cook, P.** (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psicooncologia*, 18, 716-726.
- Maunsell, E., Brisson, J., Deschênes, L.** (1995). Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer*, 76, 631-637.
- Maunsell, E., Drolet, M., Brisson, J., Brisson, C., Mâsse, B., Deschênes, L.** (2004). Work situation after breast cancer: Results from a population- Based study. *J Natl Cancer Inst*, 96, 1813-22.
- McCaul, K., Sandgren, A., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., Foreman, G.** (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 230-236.
- McGarvey, E., Braum, L., Pinkerton, R., Rogers, L.** (2001). Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Pract*, 9, 283-9.
- McIntyre, T., Fernandes, S., Pereira, M. G.** (2002). Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 281-302). Lisboa: Climepsi.
- McKenna, K. Y., Seidman, G.** (2005). *Social identity and the self: Getting connected online*. In W. R. Walker, & D. J. Herrmann (Eds.), *Cognitive technology* (pp. 89-110). Jefferson: McFarland.
- McKenna, K., Bargh, J.** (1998). Coming out in the age of the internet: identity 'demarginalization' through virtual group participation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 681-694.
- McLean, B.** (1995). Social support, support groups, and breast cancer: A literature review. *Canadian Journal*, 14, 207-227.
- McPherson, K., Steel, C., Dixon, J.** (2000). ABC of Breast Diseases. Breast Cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal*, 9, 321, 624-8.
- Meier, A., Lyons, E., Frydman, G., Forlenza, M., Rimer, B.** (2007). How cancer survivors provide support on cancer-related Internet mailing lists. *Journal of Medical Internet Research*, 9, e12.
- Mendes, A.** (2002). *Stress e Imunidade: Contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Brasil: Edições Formasau.
- Meneses, K., Azuero, A., Hassey, L., McNeese, P., Pisu, M.** (2012). Does economic burden influence quality of life in breast cancer survivors? *Gynecol Oncol.*, 124, 437-43.
- Meneses, K., McNeese, P., Loerzel, V., Su, X., Zhang, Y., Hassey, L.** (2007). Transition from treatment to survivorship: effects of a psychoeducational intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum*, 34, 1007-1016.
- Merluzzi, T., Sanchez, M.** (1997). Assessment of self-efficacy and coping with cancer: Development and validation of the cancer behavior inventory. *Health Psychology*, 16, 163-170.
- Meyer, T., Mark, M.** (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of the randomized experiments. *Health Psychology*, 14, 101-108.
- Meyerowitz, B., Desmond, K., Rowland, J., Wyatt, G., Ganz, P.** (1999). Sexuality following breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 25, 237-250.
- Meyerowitz, B., Watkins, I., Sparks, F.** (1983). Quality of life for breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *American Journal of Nursing*, 83, 232-235.
- Michael, Y., Berkman, L., Colditz, G., Holmes, M., Kawachi, I.** (2002). Social networks and health-related quality of life in breast cancer survivors: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 285-293.

- Miguel, A., Carvalho, M., Batista, A.** (2000). Ajustamento emocional, saúde e qualidade de vida em jovens adultos. In *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Mileham, B.** (2007). Online infidelity in Internet chat rooms: an ethnographic exploration. *Computers in Human Behavior*, 23, 11–31.
- Miller, H., Arnold, J.** (2001). Self in Web Home Pages: Gender, identity and power in cyberspace. In G. Riva, C. Galimberti (Eds.), *Cyberpsychology: Mind, cognition and society in the internet age* (pp. 74-93). Amsterdam: IOS Press.
- Miller, S., Jones, L., Carney, C.** (2005). Psychiatric sequele following breast cancer chemotherapy : A pilot Study using claims data. *Psychosomatics*, 46, 517-522.
- Ministério da Saúde.** (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Ministério da Saúde.** *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Minkler, M.** (1985). Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: The Tenderloin Senior Outreach Project. *Health Education Quarterly*, 12, 303-313.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J.W., Van de Poll-Franse, L. V.** (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer*, 41, 2613-2619.
- Mols, F., Vingerhoets, A., Coebergh, J., van de Poll-Franse, L.** (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health*, 24, 583-595.
- Montazeri, A.** (2008). Health related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 29, 27-32.
- Montesinos, F., Yélamos, C.** (2007). A new website for breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16, S197-198. Comunicación presentada en el 9th World Congress of Psycho-Oncology. Londres.
- Moorey, S., Greer, S.** (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. London: Heinemann Medical Books.
- Moos, S.** (1982). Coping with health crises. In Moos, S. (Ed.), *Handbook of clinical health psychology*. (pp. 129-151). New York: Theodore Millon.
- Moos, S., Holahan, C.** (2007). Adaptative tasks and methods of coping with illness and disability. In Martz, E., Liveneh, H. (Eds.), *Coping with chronic illness and disability: theoretical, empirical and clinical aspects* (pp. 138-146). USA: Springer.
- Moreira, H., Crespo, C., Pereira, M., Canavarro, M.** (2010). Marital quality among women with breast cancer: The role of marital intimacy and quality of life. *Psycho-Oncology*, 7, 61–80.
- Moreira, H., Silva, S., Canavarro, M.** (2009). O papel da intimidade conjugal na qualidade de vida da mulher com cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10, 127-147.
- Moreira, H., Silva, S., Canavarro, M.** (2010). The role of appearance investment in the adjustment of women with breast cancer *Psycho-Oncology*, 19, 959–966.
- Moreira, H., Silva, S., Canavarro, M. C.** (2008). Qualidade de Vida e Ajustamento Psicossocial da Mulher com Cancro da Mama: Do Diagnóstico à Sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 165–184.
- Moreno, P., Almonacid, V., Queipo, S., Lluch, A.** (2006). Análisis del proceso de enfermedad: Variables médicas y psicológicas en una muestra de pacientes com cáncer de mama. *Psicooncología*, 3, 163-174.
- Morris, T., Greer, H. S., White, P.** (1977a). Psychological and social adjustment to mastectomy. *Cancer*, 40, 2381-2387.
- Morris, T., Greer, H., White, P.** (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy: A two-year follow-up study. *Cancer*, 43, 1613-8.
- Moyer, A.** (1997). Psychosocial outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 16, 284-298.

- Mullan, F.** (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313, 270-273.
- Munstedt, K., Manthey, N., Sachsse, S., Vahrson, H.** (1997). Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. *Support Care Cancer*, 5, 139-43.
- Múrias, R.** (2008). *Impacto do Cancro da Mama na manutenção de hábitos tabágicos e sua influencia na qualidade de vida e psicopatologia*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Nail, L.** (2001). I'm coping as fast as I can: Psychosocial adjustment to cancer and cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 28, 967-970.
- National Cancer Institute** (2009). *What you need to know about breast cancer?* Department of Health and Human Services: Author.
- National Cancer Institute** (2010). Surveillance Epidemiology and End Results. Disponível em <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>, consultado a 21.01.2012.
- National Cancer Institute** (2011). Estimated New Cancer Cases and Deaths for 2011. Disponível em <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>, consultado a 21.01.2012.
- National Cancer Institute**, Division of Cancer Control e Population Sciences. Cancer survivorship research: survivorship definitions [cited 2005 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer.gov/>.
- National Coalition for Cancer Survivorship**. Washington Glossary: cancer survivor [cited 2005 Jul 9]. Available from: <http://www.canceradvocacy.org/>.
- Nausheen, B., Gidron, Y., Peveler, R., Moss-Morris, R.** (2009). Social support and cancer progression: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 403-415.
- Navalhas, J.** (1998). Crise e suporte social: Efeitos potenciais do suporte social. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 3, 27-46.
- Navarro, A.** (1999). Estado actual del cáncer. Estudios epidemiológicos. In García- Camba E, (Ed.). Manual de Psicooncología (pp. 39-46). Madrid: Grupo Aula Médica.
- Navarro, E., Limonero, J., Maté, J., Romero, M.** (2010). Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Psicooncología*, 7, 127-141.
- Nelles, W., McCaffrey, R., Blanchard, C., Ruckdeschel, J.** (1991). Social supports and breast cancer: A review. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 21-34.
- Nettles-Carlson, B.** (1995). Problems of the Breast. In Fogel, C., Woods, N. (Eds), *Women's Health Care: A comprehensive handbook* (pp.673-700). New York: Sage Publications.
- Newman, E., Sabel, M.** (2007). Noninvasive Breast Cancer. In Sabel, M, Vernon, K., Sondak, J., Sussman, J. (Eds.), *Essentials of surgical oncology. Surgical Foundations* (pp. 97-109). USA: Larry Kaiser Ed.
- Neyt, M., Albrecht, J.** (2006). The long-term evolution of quality of life for disease-free breast cancer survivors: a comparative study in Belgium. *J Psychosoc Oncol.*, 24, 89-123.
- Noll Hoskins, C., Baker, S., Sherman, D., Bolander, C., Maisin, G.** (1996). Social support and patterns of adjustment to breast cancer. *Sch. Inq. Nurs. Pract. Int. J.*, 10, 99-123.
- Northouse, L.** (1989). The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nursing*, 12, 276-284.
- Novais da Silva, M.** (2010). *Estudo da sobrevivência das doentes com cancro da mama, atendidas nas Unidades de Oncologia do Centro Hospitalar Médio Ave, EPE*. Dissertação de Mestrado em Oncologia, apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Nunes, A.** (2008). *Ajustamento Psicossocial da mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante*. Dissertação de Mestrado em Oncologia, apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

- Nunes, M.** (1999). *Qualidade de vida e diabetes : Influência das variáveis psicossociais*. Dissertação de Mestrado, apresentada no Instituto Superior de Altos Estudos Miguel Torga, Universidade de Coimbra.
- O'Brien, T., DeLongis, A.** (1997). Coping with chronic stress: An interpersonal perspective. In: Gottlieb, B. (Ed.). *Coping with chronic stress*, (pp. 161-190). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Ogden, J.** (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ogden, J.** (2004). *Compreender o cancro da mama*. (Fátima Anderson). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ogden, J.** (2004a). *Psicologia da Saúde*. (2ª ed.).(Carla Patrocínio e Fátima Anderson). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ohsumi, S., Shimozuma, K., Morita, S., Hara, F., Takabatake, D., Takashima, S., et al.** (2009). Factors Associated with health-related quality of life in breast cancer survivors: influence of the type of surgery. *Jpn J Clin Oncol*, 39, 491-6.
- Oliveira, M., Monteiro, A.** (2004). Mulheres mastectomizadas - resignificação da existência. *Texto Contexto Enferm*, 13, 401-408.
- Ornelas, J.** (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 23, 333-339.
- Osowiecki, D., Compas, B.** (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 169-180.
- Oudsten, B., Heck, G., Van der Steeg, A., Roukema, J., Vries, J.** (2010). Clinical factors are not the best predictors of quality of sexual life and sexual functioning in women with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 646-656.
- Owen J., Goldstein, M., Lee, J., Breen, N., Rowland, J.** (2007). Use of health-related and cancer-specific support groups among adult cancer survivors. *Cancer*, 109, 2580-2589.
- Owen, J., Klapow, J., Roth, D., Nabell, L., Tucker, D.** (2004). Improving the effectiveness of adjuvant psychological treatment for women with breast cancer: The feasibility of providing online support. *Psychooncology*, 13, 281-92.
- Owen, J., Klapow, J., Roth, D., Shuster, J., Bellis, J., Meredith, R., et al.** (2005). Randomized pilot of a self-guided Internet coping group for women with early-stage breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 54-64.
- Park, C., Edmondson, D., Fenster, J., Blank, T.** (2008). Positive and negative health behavior changes in cancer survivors: A stress and coping perspective. *Journal of Health Psychology*, 13, 1198-1206.
- Parkes, C.** (1998) *Luto: Estudos sobre a Perda na Vida Adulta*. São Paulo: Summus.
- Patrão, I.** (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde, apresentada na Universidade Nova de Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Patrão, I., Leal, I.** (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 53-73.
- Patrão, I., Leal, I., Maroco, J.** (2008). Uma questão de «benefit finding»? O impacto emocional do cancro da mama. In Leal, I., Ribeiro, J., Silva, I., Marques, S. (Org). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Paul, B., Bryant, J. A.** (2005). Adolescents and the internet. *Adolescent Medicine Clinics*, 16, 413-426.
- Paúl, C., Fonseca, A. M.** (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pearlin, L. Schooler, C.** (1978) The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pedro, L.** (2001). Quality of life for long-term survivors of cancer: influencing variables. *Cancer Nurs*, 24, 1-11.

- Peiró, G., Corbellas, C., Camps, C., Sánchez, P., Godes, M., D'Ambra, M., Blasco, A.** (2006). Estudio descriptivo sobre el proceso de comunicar el diagnóstico y el pronóstico en oncología. *Psicooncología*, 3, 9–17.
- Pennebaker, J.** (1989). Confession, inhibition, and disease. *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 211–244.
- Pennebaker, J.** (1990). *Opening up: The healing power of confiding in others*. New York: William Morrow.
- Pennebaker, J.** (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychol Sci*, 8, 162–166.
- Pennebaker, J.** (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162–166.
- Pennebaker, J., Harber, K.** (1993). A social stage model of collective coping. *Journal of Social Issues*, 49, 125–145.
- Pennery, E., Speechley, V., Rosenfield, M.** (2010). *Cancro da Mama: respostas sempre à mão*. (Catarina Saboga Iglésias). Lisboa: Lidel Edições Técnicas .
- Penson, R., Benson, R., Parles, K., et al.** (2002). Virtual connections: Internet health care. *Oncologist*, 7, 555–568.
- Pereira, M., Lopes, C.** (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M., Lopes, C.** (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peretz, T., Baider, L., Ever-Hadani, P., De-Now, A.** (1994). Psychological distress in female cancer patients with Holocaust experience. *Gen Hosp Psychiatry*, 16, 413–418.
- Perez, S., Galdón, M. J.** (2002). Transtorno de estrés postraumático y cáncer. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 493–525). Lisboa: Climepsi.
- Pérez-Villamil, A. H.** (1999). Factores psicológicos en relación com el tipo de cáncer: Cáncer de mama . In García-Camba, E. (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 259–274). Madrid: Grupo Aula Medica.
- Perkins, D.** (1982). The assessment of stress using life events scales. In Goldberg, L., Breznitz, S. *Handbook of Stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 321–356). Free Press. New York.
- Pestana, M., Gageiro, J.** (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petronis, V., Carver, C., Antoni, M., Weiss, S.** (2003). Investment in body image and psychosocial well-being among women treated for early stage breast cancer: partial replication and extension. *Psychology and Health*, 18, 1–13.
- Petticrew, M., Bell, R., Hunter, D.** (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *British Medical Journal*, 325, 1066–1076.
- Peuckmann, V., Ekholm, O., Rasmussen, N. K., Moller, S., Groenvold, M., Christiansen, P., et al.** (2007). Health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: Nationwide survey in Denmark. *Breast Cancer Research and Treatment*, 104, 39–46.
- Piazza, J., Charles, S., Almeida, D.** (2007). Living with chronic health conditions: Age differences in affective well-being. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 313–321.
- Pierce, G. Sarason, I., Sarason, B.** (1996). Coping and social support. In Zeidner, M., Endler, N. (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 434–451). New York: John Wiley & Sons.
- Pikler, V., Winterowd, C.** (2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychology*, 22, 632–637.
- Pimentel, F. L.** (2003). *Qualidade de Vida do Doente Oncológico*. Porto: Tipografia Nunes.
- Pimentel, F. L.** (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Porto: Edições Almedina.

- Pinder, K., Ramirez, A., Black, M., Richards, M., Gregory W., Rubens R.** (1993). Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: Prevalence and associated factors. *European Journal of Cancer*, 29, 524-527.
- Pinheiro, D.** (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, 67-75.
- Pinto, C.** (2007). *Jovens e adultos sobreviventes de cancro: variáveis psicossociais associados à optimização da saúde e qualidade de vida após o cancro*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Pinto, C., Ribeiro, J.** (2007). Sobrevivente de cancro: Uma outra realidade!. *Texto Contexto Enfermagem*, 16, 142-148.
- Pinto, C., Ribeiro, J.** (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24, 37-56.
- Pistrang, N., Barker, C.** (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Soc. Sci. Med.*, 40, 789-797.
- Pocino, M., Luna, G., Canelones, P., Mendoza, A., Romero, G., Palacios, L., Rivas, L., Castés, M.** (2007). La relevância de la intervencion psicosocial en pacientes com câncer de mama. *Psicooncologia*, 4, 59-73.
- Poletto, M., Koller, S.** (2011). Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. In Dell'Áglio, D., Koller, S., Yunes, A. (Eds.) (2ªed.), *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à protecção* (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Poletto, M., Wagner, T., Koller, S.** (2004). Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: Uma visão em perspectiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 241-250.
- Pollán, M., García-Mendizabal, M., Pérez-Gómez, B., Aragonés, N., Lope, V., Pastor, R., Ramis, R., Fernández, P., García-Pérez, J., Vidal, E., Boldo, E., Pérdomo, S., López-Abente, G.** (2007). Situación Epidemiológica del cáncer de mama en España. *Psicooncologia*, 4, 231-248.
- Preece, J.** (2001). Sociability and usability in online communities: determining and measuring success. *Behav Inform Technol.*, 20, 347-356.
- Preece, J., Ghazati, K.** (2001). Experiencing empathy online. In R. E. Rice & J. E. Katz (Eds.), *The internet and health communication* (pp. 237-260). Thousands Oaks: Sage Publications.
- Preece, J., Maloney-Krichmar, D.** (2005). Online communities: design, theory and practice. *J Comput Mediat Commun.*, 10, 1.
- Primic-Zakelj, M.** (1999). Screening mammography for early detection of breast cancer. *Ann Oncol*, 19, 121-127.
- Ramirez, A., Richards, M., Jarrett, S., Fentiman, I.** (1995). Can mood disorder in women with breast cancer be identified preoperatively? *Br J Cancer*, 72, 1509-1512.
- Ramos, A., Patrão, I.** (2005). Imagem corporal da mulher com cancro da mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295-304.
- Ramos, B., Lustosa, M.** (2009). Câncer de Mama Feminino e Psicologia, *Rev. SBPH*, 12, 85-97.
- Ransom, S., Jacobsen, P., Schmidt, J., Andrykowski, M.** (2005). Relationship of problem-focused coping strategies to changes in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *J Pain Symptom Manage.*, 30, 243-53.
- Ray, M., Sabel, M.** (2007). Principles of Radiation Therapy. In Sabel, M, Vernon, K., Sondak, J., Sussman, J. (Eds.), *Essentials of surgical oncology. Surgical Foundations* (pp. 65-79). USA: Larry Kaiser Ed.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., Ferreira, S.** (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 13-32.
- Redd, W., Jacobsen, P.** (1988). Emotions and Cancer: New Perspectives on an Old Question. *Journal of the American Cancer Society*, 62, 1871-1879.

- Rehse B., Pukrop R.** (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta-analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns*, 50, 179–186.
- Reich, M., Remor, E.** (2011). Calidade de vida relacionada com a saúde y variables psicosociales: Caracterización de una muestra de mujeres uruguayas com câncer de mama. *Psicooncologia*, 8, 453-471.
- Reid-Arndt, S., Hsieh, C., Perry, M.** (2010). Neuropsychological functioning and quality of life during the first year after completing chemotherapy for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 535–544.
- Reips, U.** (2000). The web experiment method: Advantages, disadvantages and solutions. In M. H. Birnbaum (Ed.), *Psychological experiments on the internet* (pp. 89-114). San Diego: Academic Press.
- Reips, U.** (2002). Standards for internet experimenting. *Experimental Psychology*, 49, 243-256.
- Reips, U.** (2008). How internet-mediated research changes science. In A. Barak (Ed.), *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications* (pp. 268-294). Cambridge: Cambridge University Press.
- Reips, U-D.** (2007). The methodology of Internet-based experiments. In A. N. Joinson, K.Y. A McKenna, T. Postmes, U-D. Reips (Eds.), *Oxford Handbook of Internet Psychology* (pp. 372-390). Oxford: Oxford University Press.
- Revenson, T., Pranikoff, J.** (2005). A Contextual Approach to Treatment Decision Making Among Breast Cancer Survivors. *Health Psychology*, 24, S93-S98.
- Reynolds, J., Perrin, N.** (2004). Mismatches in Social Support and Psychosocial Adjustment to Breast Cancer. *Health Psychology*, 23, 425–430.
- Reynolds, P., Hurley, S. Torres, M., Jackson, J., Boyd, P. Chen, V.** (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the black/ white cancer survival study. *Journal of Epidemiology*, 152, 940-948.
- Rheingold, H.** (1993). *The Virtual Community*. New York: Harper Perennial Library.
- Ribeiro, J.** (1997). A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas. In Ribeiro, J. (Ed.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 253-282). Braga: ISPA.
- Ribeiro, J.** (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.** (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, 547-558.
- Ribeiro, J.** (2001). Qualidade de Vida e doença oncológica. In E. Durá & M. Rosário (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J.** (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In Dias, M., Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J.** (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-130.
- Ribeiro, J.** (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, J.** (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. (2ªed.). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J.** (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. Cruz, S. de Jesus, C. Nunes (Eds.), *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49).Alcochete: Textiverso.
- Ribeiro, J.** (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo Editora.
- Ribeiro, J., Pinto, C., Santos, C.** (2008). Validation study of the Portuguese version of the QLQ–C30–V.3. Portuguese version. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 89-102.
- Ribeiro, J., Ramos, D., Samico, S.** (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 231-247.

- Ribeiro, J., Rodrigues, A.** (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 3-15.
- Ribeiro, M.** (2003). Cancro da mama – Um estudo sobre a qualidade de vida. *Nursing*, 174, 8- 12.
- Ricks, D.** (2005). *Breast Cancer Basics and Beyond*. Alameda CA: Hunter House Publishers.
- Rietman, J., Dijkstra, P., Hoekstra, H., Eisma, W., Szabo, B., Groothoff, J. Geertzen, H.** (2003). Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a systematic review. *European Journal of Surgical Oncology*, 29, 229-238.
- Rippon, M.** (1994). Breast Cancer: Early detection and prevention. *Cancer Res*, 2, 17.
- Rodgers, S., Chen, Q.** (2005) Internet community group participation: Psychosocial benefits for women with breast cancer. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10, <http://jcmc.indiana.edu/vol10/issue4/roddgers.html>.
- Rodríguez, J., Behen, J., Tumlin, T.** (1994). Multidimensional determinants of psychosocial adjustment to cancer. *Psychooncology*, 3, 205-14.
- Rodrigues, S.** (2008). *Empatia, resiliência e percepção de stress em enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H., Palao, A.** (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 8, 7-20.
- Rodríguez, P. G.** (1999). Estrategias de afrontamiento de la enfermedad (coping) y cáncer. In García-Camba, E. (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 127-142). Madrid: Grupo Aula Médica.
- Rogers, M., Kristjanson, L.** (2002). The impact on sexual functioning of chemotherapy-induced menopause in women with breast cancer. *Cancer Nurs*, 25, 57–65.
- Román, J.** (2007). La cirugía en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 301-310.
- RORENO** (Registo Oncológico Regional do Norte) (2010). *Análise de Sobrevivência, Principais Cancros da Região Norte, 2000/2001*. Porto: Registo Oncológico Regional do Norte.
- RORENO-Norte** (2009). *Análise da sobrevivência – Principais cancros da região Norte (2000/2001)*, IPO Porto: 35-38.
- RORENO-Sul** (2008). *Os 10 tumores mais frequentes na população portuguesa adulta na região sul de Portugal, no período 2000/01*. ROR-Sul ed. Lisboa: 35-144.
- Roses, D.** (2005). *Breast cancer* (2nd ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Ross, C., Mirowsky, J., Goldstein, K.** (1990). The impact of the family on health: The decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 52, 1059-1078.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., Koutri, I.** (2007). Patterns of Coping, Flexibility in Coping and Psychological Distress in Women Diagnosed with Breast Cancer. *Cogn Ther Res*, 31, 97–109.
- Rowland J.** (1994). Psychosocial counseling in cancer: In pursuit of perfect paradigm. *Advances*, 10, 19-26.
- Rowland, J.** (1989). Developmental stage and adaptation: Adult model. In: JC Holland, JH Rowland (Eds), *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 25–39) New York: Oxford.
- Rowland, J.** (1990). Intrapersonal resources: Social support. In Holland, J., Rowland, J. (Eds.), *Handbook of psycho-oncology* (pp. 58-71). New York: Oxford University Press.
- Rowland, J. H.** (1989a). Interpersonal resources: Social support. In J. C. Holland & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psycho-oncology* (pp. 58–71). New York: Oxford University Press.
- Rowland, J., Baker, F.** (2005). Introduction: Resilience of cancer survivors across the lifespan. *Cancer*, 104, 2543-2548.

- Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., Belin, T., Wyatt, G., & Ganz, P.** (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92, 1422-1429.
- Rowland, J., Holland, J., Chaglassian, T., Kinne, D.** (1993). Psychological response to breast reconstruction. Expectations for and impact on postmastectomy functioning. *Psychosomatics*, 34, 241-50.
- Rowland, J., Massie, M.** (1998). Breast cancer. In Holland J. (Ed.) *Psycho-Oncology*. (pp. 380-401). New York: Oxford University Press.
- Rustoen, T., Begnum, S.** (2000). Quality of life in women with breast cancer: A review of the literature and implications for nursing practice. *Cancer Nursing*, 23, 416-421.
- Rutter, M.** (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M.** (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Sadler-Gerhardt, C., Reynolds, C., Britton, P., Kruse, S.** (2010). Women breast cancer survivors: Stories of change and meaning. *Journal of Mental Health Counselling*, 32, 265-282.
- Salci, M., Marcon, S.** (2010). A convivência com o fantasma do câncer. *Rev Gaúcha Enferm.*, 31, 18-25.
- Sales, C., Paiva, L., Scondiuzzi, D., Anjos, A.** (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47, 263-272.
- Salter, M.** (1995). Un estudio sobre la imagen corporal revela que la mayoría de los pacientes necesita ayuda. *Eurostoma*, 12, 10-11.
- Salzer, M., Palmer, S., Kaplan, K., Brusilovskiy, E., Ten Have, T., Hampshire, M., Metz, J., Coyne, J.** (2010). A randomized, controlled study of Internet peer-to-peer interactions among women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 441-446.
- Samarel, N., Fawcett, J., Krippendorff, K., Piacentino, J., Eliasof, B., Hughes, P., et al.** (1998). Women's perceptions of group support and adaptation to breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1259-1268.
- Samico, S.** (2007). *O Silêncio do Vazio: O impacto da mastectomia e histerectomia na imagem corporal e na sexualidade na doença oncológica no feminino*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Sammarco, A.** (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24, 212-219.
- Sammarco, A.** (2003). Quality of life among older survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*, 26, 431-438.
- Sammarco, A.** (2004). Enhancing the quality of life of survivors of breast cancer. *Annals of Long-Term Care*, 12, 40-45.
- Santos, C.** (2003). *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Santos, C., Ribeiro, J.** (2001). A qualidade de vida do doente oncológico – Revisão da bibliografia. *Referência*, 7, 5-16.
- Santos, C., Ribeiro, J., Lopes, C.** (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoa com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 185-204.
- Santos, L.** (2009). *Tornar-se homem: Dramaturgias em torno das apresentações de si, das emoções e dos afectos em palcos offline e online*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Social, apresentada no Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Sanz, J.** (2002) ¿Qué es bueno para el enfermo? *Med Clin*, 119, 18-22.

- Sanz, J., Modolell, E.** (2004). Oncología y Psicología: Un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1, 3–12.
- Sarason, B., Sarason, I., Gurung, R.** (2001). Close personal relationships and health outcomes: a key to the role of social support. In B. Sarason, S. Duck (Eds.), *Personal relationships: implications for clinical and community psychology* (pp. 15-41). West Sussex: John Wiley and Sons.
- Sarason, B., Sarason, I., Pierce, G.** (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. In Sarason, B., Sarason, I., Pierce, G. (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 9-25). New York: John Wiley & Sons.
- Sarason, I., Sarason, B., Shearin, E., Pierce, G.** (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Sasco, A.** (2003). Breast cancer and environment. *Horm Res*, 60, 3-50.
- Sassenberg, K., Boos, M., Postmes, T., Reips, U.** (2003). Studying the Internet: A challenge for modern psychology. *Swiss Journal of Psychology*, 62, 75–77.
- Saurel, C., Patel, T., Perez, E.** (2010). Changes to adjuvant systemic therapy in breast cancer: a decade in review. *Clin Breast Cancer*, 10, 196-208.
- Schag, C., Ganz, P., Polinsky, M., Fred, C., Hirji, K., Petersen, L.** (1993). Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 11, 783-93.
- Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Hazes, J., Willems, L., Bergman, W., Rooijmans, H.** (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 573-585.
- Scheier, M., Helgeson, V., Schulz, R., Colvin, S., Berga, S., Knapp, J., Gerszten, K.** (2007). Moderators of Interventions Designed to Enhance Physical and Psychological Functioning Among Younger Women With Early-Stage Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 5710-5714.
- Schneider, S., Kisby, C., Flint, E.** (2011). Effect of virtual reality on time perception in patients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*, 19, 555-564.
- Schneider, S., Prince-Paul, M., Allen, M., Silverman, P., Talaba, D.** (2004). Virtual reality as a distraction intervention for women receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*, 31, 81-88.
- Schnoll, R., Harlow, L., Brandt, U., Stolbach, L.** (1998) Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7, 424–435.
- Schou, I., Ekeberg, O., & Ruland, C.M.** (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14, 718–727.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C., Sandvik, L., Karesen, R.** (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho- Oncology*, 13, 309-320.
- Schou, I., Ekeberg, O., Sandvik, L., Hjermstad, M., Ruland, C.** (2005). Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 14, 1813–1823.
- Schouten, A. P., Valkenburg, P. M., Peter, J.** (2007). Precursors and underlying processes of adolescents' online self-disclosure: Testing an "Internet-Attribute-Perception" model. *Media Psychology*, 10, 292-315.
- Schroevers, M., Ranchor, A., Sanderman, R.** (2006). Adjustment to cancer in the 8 years following diagnosis: a longitudinal study comparing cancer survivors with healthy individuals. *Soc Sci & Med*, 63, 598-610.
- Schwarzer, R., Leppin, A.** (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.

- Sears, S., Danoff-Burg, S., Stanton, A.** (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol*, 22, 487–497.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., Mateos, N.** (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres com cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 13, 137-161.
- Serra, A.** (2002). Recursos e estratégias para lidar com o stress. In A. Serra (Ed.), *O stress na vida de todos os dias* (pp. 365-439). Coimbra: Edição do Autor.
- Serra, A. V.** (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Servaes, P., Verhagen, S., Bleijenbergh, G.** (2002). Determinants of chronic fatigue in disease – free breast cancer patients: A cross sectional study. *Annals of Oncology*, 13, 589-598.
- Shapiro, C., Recht, A.** (2001). Side effects of adjuvant treatment of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 344, 1997-2008.
- Sharf, B.** (1997). Communicating breast cancer on-line: support and empowerment on the Internet. *Women Health*, 26, 65-84.
- Shaw, B., Han, J., Kim, E., Gustafson, D., Hawkins, R., Lumpkins, C.** (2007). Effects of prayer and religious expression within computer support groups on women with breast cancer, *Psycho-Oncology*, 16, 676–687.
- Shaw, B., Hawkins, R., McTavish, F., Pingree, S., Gustafson, D.** (2006). Effects of insightful disclosure within computer mediated support groups on women with breast cancer. *Health Communication*, 19, 133–142.
- Shaw, B., McTavish, F., Hawkins, R.P., Gustafson, D., Pingree, S.** (2000). Experiences of women with breast cancer: Exchanging social support over the CHESS computer network. *Journal of Health Communication*, 5, 135–149.
- 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.
- Shepherd, C., Reynolds, F., Moran, J.** (2010). They're battle scars, I wear them well: A phenomenological exploration of young women's experiences of building resilience following adversity in adolescence. *Journal of Youth Studies*, 13, 273-290.
- Shields, C., Rousseau, S.** (2004). A pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. *Family Process*, 43, 95-107.
- Shih, C.** (2009). *The Facebook Era: Tapping Online Social Networks to Build Better Products, Reach New Audiences, and Sell More Stuff*. USA: Pearson.
- Shim, M., Cappella, J., Han, J.** (2011). How Does Insightful and Emotional Disclosure Bring Potential Health Benefits? Study Based on Online Support Groups for Women With Breast Cancer. *Journal of Communication*, 61, 432–454.
- Shimozuma, K., Ganz, P., Peterson, L., Hirji, K.** (1999). Quality of Life in the first year after breast cancer surgery: Rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 56, 45-57.
- Siedler, A., Backes, D., Palomino, I., Lemos, M., Prestes, O.** (2004). Humanização em acção: Sensibilizando os profissionais para o processo de humanização. *Boletim da Saúde*, 18, 57-64.
- Silva, E.** (2010). *Variáveis preditivas da qualidade de vida em sobreviventes de cancro colo-rectal*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Silva, M.** (2002) O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, 10, 73-88.
- Silva, R., Boaventura, C.** (2011). Psico-oncologia e Gestalt-terapia: Uma Comunicação Possível e Necessária. *Revista da Abordagem Gestáltica*, XVII, 37-46.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., Canavarro, M.** (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e

das estratégias de *coping* enquanto factores de risco/protecção. *Rev Port Saúde Pública*, 29, 64-76.

- Silva, S., Moreira, H., Canavarro, M.** (2009a). Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência para o cancro da mama: um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping. *Saúde Mental*, XI, 28-42.
- Simpson, J., Carlson, L., Beck, C., Patten, S.** (2002). Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-oncology*, 11, 282-294.
- Siqueira, M.** (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13, 381-388.
- Sjövall, K., Strömbeck, G., Löfgren, A., Bendahl, P., Gunnars, B.** (2010). Adjuvant radiotherapy of women with breast cancer – Information, support and side-effects. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 147-153.
- Skeels, M., Unruh, K., Powell, C., Pratt, W.** (2010). Catalyzing Social Support for Breast Cancer Patients. *CHI Conf Proc.*, 10, 173-182.
- Sluzki, C.** (1995). De cómo la red social afecta la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. In Dabas, E., Najmanovich, D. (Orgs.). *Redes, el lenguaje de los vínculos*. Argentina: Editora Paidós.
- Sluzki, C. E.** (1996). *La red social: frontera de la practica sistematica*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Smith, D., Lester, S., Meyer, J.** (1999). Large-core needle biopsy of nonpalpable breast lesions. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1638-1641.
- Smyth, M., McCaughan, E., Harrison, S.** (1995). Women's perception of their experiences with breast cancer: Are their needs being addressed? *Eur. J. Cancer Care*, 4, 86-92.
- Soares, M., Moura, M., Carvalho, M., Baptista, A.** (2000). Ajustamento emocional, afectividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 19-25.
- Soerjomataram, I., et al.** (2008). An overview of prognostic factors for longterm survivors of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 107, 309-330.
- Solana, C.** (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncologia*, 28, 151-63.
- Sollner, W., Zschocke, I., Zing-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., et al.** (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics*, 40, 239-250.
- Sosa, C., Capafóns, J., Carbalheira, M.** (1999). Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama. *Ansiedade y Estrés*, 5, 47-60.
- Southwick, S., Vythilingam, M., Charney, D.** (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291.
- Souza, M., Cervený, C.** (2006). Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40, 119-126.
- Spelten, E., Verbeek, J., Uitterhoeve, A., Ansink, A., Van der Lelie, J., Reijke, T., et al.** (2003). Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer*, 39, 1562-1567.
- Spencer, S., Carver, C., Price, A.** (1998). Psychological and social factors in adaptation. In J. Holland (ed.), *Psycho-oncology* (pp.211-222). New York : Oxford University Press.
- Spencer, S., Lehman, J., Wynings, C., Arena, P., Carver, C., Antoni, M., Derhagopian, R., Iroson, G.** (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients. *Health Psychology*, 18, 159-168.
- Spiegel, D.** (1994). Health caring. Psychosocial support for patients with cancer. *Cancer*, 74, 1453-1457.
- Spiegel, D.** (1997). Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Seminars in Oncology*, 24, 36-47.
- Spiegel, D., Bloom, J., Gottheil, E.** (1983). Family environment as a predictor of adjustment to metastasis breast carcinoma. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1, 33-44.

- Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H., Gottheil, E.** (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, *ii*, 888-891.
- Spiegel, D., Kato, P.** (1996). Psychological influences on cancer incidence and progression. *Harvard Rev Psychiatry*, *4*, 10-26.
- Spiegel, D., Morrow, G., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P., Mudaliar, N., Pierce, H., Flynn, P., Heard, L., Riggs, A.** (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psychooncology*, *8*, 482-493.
- Sprehn, G., Chambers, J., Saykin, A., Konski, A., Johnstone, P.** (2009). Decreased cancer survival in individuals separated at time of diagnosis: critical period for cancer pathophysiology? *Cancer*, *115*, 5108-16.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., et al.** (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 875-882.
- Stanton, A., Bower, J., Low, C.** (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. Calhoun, R. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 138-175). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S. et al.** (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 875-882.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Huggins, M.** (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psychooncology*, *11*, 93-102.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Sworowski, L., Collins, C., Branstetter, A., Rodriguez-Hanley, A., et al.** (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, *20*, 4160-4168.
- Stanton, A., Snider, P.** (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychol*, *12*, 16-23.
- Stewart, D., Cheung, A., Duff, S., Wong, F. McQuestion, M., Cheng, T., et al.** (2001). Attributions of cause and recurrence in long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *10*, 179-183.
- Stomper, P.** (1995). Mammography. In Hayes, D. M. (Ed.), *Atlas of Breast Cancer* (Chapter four). USA: Mosby-Wolfe.
- Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL).** (1993). *Qual Life Res*, *2*, 153-159.
- Stumm, E., Maçalai, C., Leite, M., Loro, M.** (2009). Mecanismos de *coping* utilizados por mulheres mastectomizadas para lidar com o estresse. *Scientia Medica*, *19*, 108-114.
- Suchman, E.** (1965). Stages of illness and medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, *6*, 2-16.
- Suler, J. R.** (2008). Cybertherapeutic theory and techniques. In A. Barak (Ed.), *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications* (pp. 102-128). Cambridge: Cambridge University Press.
- Surbone, A., Peccatori, F.** (2006). Unmet needs of cancer survivors: supportive care's new challenge. *Support Care Cancer*, *14*, 397-399.
- Takahashi, M., Ohno, S., Inoue, H., Kataoka, A., Yamaguchi, H., Uchida, Y., Oshima, A., Abiru, K., Ono, K., Noguchi, R., Kai, I.** (2008). Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psycho-Oncology*, *17*, 901-907.
- Tanis, M.** (2007). Online social support groups. In A. N. Joinson, K.Y. A McKenna, T. Postmes, U-D. Reips (Eds.), *Oxford Handbook of Internet Psychology* (pp.139-153). Oxford: Oxford University Press.
- Taylor, K., Lamdan, R., Siegel, J., Shelby, R., Hrywna, M., Moran-Limi, K.** (2002). Treatment regimen, sexual attractiveness concerns and psychological adjustment among African America breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, *11*, 505-517.
- Taylor, S., Armor, D.** (1996). Positive illusions and coping with adversity. *J Pers*, *64*, 873-898.

- Taylor-Brown, J., Kilpatrick, M., Maunsell, E., Dorval, M.** (2000). Partner abandonment of women with breast cancer: Myth or reality? *Cancer Practice*, 8, 160-164.
- Testa, M., Simonson, D.** (1996). Assessment of quality-of-life Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334, 635-840.
- Thoits, P.** (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.
- Thomas, L.** (1989). Psychological Care of the Patient with Cancer. In Holland JC, Rowland JH. *Handbook of Psychooncology*. NY: Oxford University Press.
- Thornton, A., Perez, M.** (2007). Interpersonal Relationships. In Feuerstein, M. (Ed.), *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 191-210). Bethesda: Springer.
- Thors, C., Broeckel, J., Jacobsen, P.** (2001). Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control*, 8, 442-448.
- Toledo, M., Ferrero, J., Barreto, M.** (1996). Cirurgia del cancer de mama y valorización de la calidad de vida global. *Revista de Psicologia Universitas Tarraconensis*, 18, 17-37.
- Tomich, P., Helgeson, V.** (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11, 154-169.
- Tomich, P., Helgeson, V.** (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23.
- Torres, M., García, E.** (2006). Resiliencia: el arte de navegar en los torrents. *Revista Panamericana de Pedagogia: Saberes y Quehaceres del Pedagogico*, 8, 287-303.
- Towsley, G., Beck, S., Watkins, L.** (2007). "Learning to live it": coping with the transition to cancer survivorship in older adults. *Journal of Aging Studies*, 21, 93-106.
- Trill, M. D.** (2002a). La formación en Psico-Oncología. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 381-398). Lisboa: Climepsi.
- Trindade, I., Teixeira, J.** (2002). Abordagem psicológica do cancro nos cuidados de saúde primários. A Psico-oncologia nos centros de saúde. In Dias, M., Durá, E. (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 29-49). Lisboa: Climepsi Editores.
- Trunzo, J., Pinto, B.** (2003). Social Support as a Mediator of Optimism and Distress in Breast Cancer Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 805-811.
- Tupholme, T.** (2008). *Qualidade de vida e Estratégias de Coping dos Pacientes Oncológicos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Turner, J., Zapart, S., Pedersen, K., Rankin, N., Luxford, K., Fletcher, J.** (2005). Clinical practice guideline for the psychosocial care of adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 159-173.
- Uchino, B., Uno, D., Holt, L.** (1999). Social support, physiological processes and health. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 145-148.
- Underwood, P.** (2000). Social support: The promise and the reality. In Rice, V (Ed.), *Handbook of stress, coping and health: Implications for nursing research, theory and practice* (pp. 367 - 391). London: Sage Publications.
- Urcuyo, K., Boyers, A., Carver, C., Antoni, M.** (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20, 175-192.
- Vacek, P., Winstead-Fry, P., Secker-Walker, R., Hooper, G., Plante, D.** (2003). Factors influencing quality of life in breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 12, 527-537.
- Vachon, M.** (2001). The meaning of illness to a long-term survivor. *Semin Oncol Nurs*, 17, 279-83.
- Vachon, M.** (2006). Psychosocial distress and coping after cancer treatment. *American Journal of Nursing*, 106, 26-31.
- Vallejo, M., Ortega, J.** (2007). La utilización del Mindfulness en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 4, 35-41.

- van der Steeg, A., De Vries, J., Roukema, J.** (2008). The value of quality of life and health status measurements in the evaluation of the well-being of breast cancer survivors. *Eur J Surg Oncol.*, 34, 1225-30.
- Varela, A.** (2006). *Perturbação de pós-stress traumático em mulheres com cancro da mama: A relação com a estratégias de coping, satisfação com o suporte social e sentido de coerência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Varela, M., Leal, I.** (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3, 479-488.
- Vargas, S., Wohlgemuth, W., Antoni, M., Lechner, S., Holley, H., Carver, C.** (2010). Sleep dysfunction and psychosocial adaptation among women undergoing treatment for non-metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 669-673.
- Vázquez, C.** (2007). Nuevos Horizontes en el tratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 229-230.
- Vázquez, C., Castilla, C.** (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psycho-Oncology*, 4, 385-404.
- Vázquez-Ortiz, J., Antequera, R., Picabia, A.** (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7, 433-451.
- Veit, M., Carvalho, V.** (2010). Psico-Oncologia: um novo olhar para o câncer. *O Mundo da Saúde*, 34, 526-530.
- Venâncio, J.** (2004). Importância da actuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50, 55-63.
- Ventafridda, V., Scaffidi, E., Sbanotto, A., Goldhirsch, A.** (2006). Atendimento de Apoio e Avaliação da Qualidade de Vida. In Pollock, R., Doroshow, J., Khayat, D., Nakao, A., O'Sullivan, B (Eds.) (8ªed.), *Manual de Oncologia Clínica* (pp. 835-852). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo
- Verosi, U., Boyle, P., Goldhirsch, A., Orecchia, R.** (2005). Breast cancer. *Lancet*, 365, 1727-1741.
- Vidal, M., Sánchez, P., Corbellas, C., Peiró, G., Godes, M., Blasco, A., Caballero, C., Camps, C.** (2007). Estudio descriptivo sobre el recuerdo del paciente tras la comunicación del diagnóstico y del pronóstico en oncología. *Psicooncología*, 4, 21-33.
- Voiskounsky, A. E.** (2008). Flow experience in cyberspace: Current studies and perspectives. In A. Barak (Ed.), *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications* (pp. 70-101). Cambridge: Cambridge University Press.
- Vos, P., Garssen, B., Visser, A., Duivenvoorden, H., Haes, H.** (2004). Early stage breast cancer: explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 557-580.
- Wade, B.** (1989). *A stoma is for life*. New York: Harrow Santani Press
- Wade, T., Nehmy, T., Koczwara, B.** (2005). Predicting worries about health after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 14, 503-509.
- Wagner, M., Armstrong, D., Laughlin, J.** (1995). Cognitive determinantes of quality of life after onset of cáncer. *Psychological Reports*, 77, 147-154.
- Wallace, P.** (1999). *The Psychology of the Internet*. USA: Cambridge University Press.
- Wallston, B., Wallston, K., Kaplan, G., Maides, S.** (1976) Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 44, 580-585.
- Walsh, F.** (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process*, 35, 261-281.
- Walsh, F.** (1998). *Strengthening family resilience*. New York: The Guilford Press.
- Walsh, F.** (2006). *Strengthening family resilience*. (2ª ed.). New York: Guildford Press.

- Ward, S., Leventhal, H., Easterling, D., Luchterhand, C., Love, R.** (1991). Social support, self-esteem and communication in patients receiving chemotherapy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 95–116.
- Washbrook, E.** (2006). Risk factors and epidemiology of breast cancer. *Women's Health Medicine*, 3, 8–14.
- Watson, D., Greer, S., Pruyn, J., van den Borne, B.** (1990). Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports*, 66, 39–48.
- Watson, M., Greer, S.** (1998). Personality and coping. In Holland J. (Ed.) *Psycho-Oncology*. (pp. 91–98). New York: Oxford University Press.
- Watson, M., Haviland, J., Greer, S., Davidson, J., Bliss, J.** (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*, 354, 1331–1336.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., Bills, J.** (1994). The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychological Oncology*, 12, 33–46.
- Wefel, J., Lenzi, R., Theriault, R., Davis, R., Meyers, C.** (2004). The cognitive sequelae of standard-dose adjuvant chemotherapy in women with breast carcinoma: Results of a prospective, randomized, longitudinal trial. *Cancer*, 100, 2292–2299.
- Weihs, K., Menehan, K., Lincoln, J.** (1999). The Needs of the Patient and Family in Relating to Breast Cancer: A Biopsychosocial Model of Adaptation. In Roses, D. (Ed.), *Breast Cancer* (pp. 637–650). USA: Churchill Livingstone
- Weinberg, N., Schmale, J., Uken, J., Wessel, K.** (1995). Computer mediated support groups. *Soc Work Groups*, 17, 43–54.
- Weinberg, N., Schmale, J., Uken, J., Wessel, K.** (1996). Online help: cancer patients participate in a computer-mediated support group. *Health Soc Work*, 21, 24–29.
- Weis, M., Weis, E.** (1997). *Living Beyond breast cancer: a survivor's guide when treatment end and the rest of life begins*. Toronto: Library of Congress.
- Weisman, A.** (1989). A model for psychosocial phasing in cancer. In Moos, R. *Coping with physical illness: New Perspectives* (pp. 107–122). New York: Plenum Medical Book Company.
- Weiss, T.** (2004). Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 733–746.
- Wellman, B.** (1997). An electronic group is virtually a social network. In Kiesler, S (Ed.). *Cultures of the Internet*. (pp. 179–205). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wenzel, L., Fairclough, D., Brady, M., Cella, D., Garret, K. Kluhsman, B., et al.** (1999) .Age-Related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer*, 86, 1768–1774.
- Werner, E.** (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503–515.
- Whelan, T., Levine, M. Julian, J., Kirkbride, P. & Skingley, P.** (2000). The effects of radiation therapy on quality of life of women with breast carcinoma: Results of a randomized trial. *Cancer*, 88, 2260–2266.
- White, C.** (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology*, 9, 183–192.
- White, C.** (2004). Meaning and its measurement in psychosocial oncology. *Psycho-Oncology*, 13, 468–481.
- Whitrod, R.** (1996). Improved quality of life for men with advanced prostate cancer. The need for an increased contribution by psychologists. *Australian Psychologist*, 31, 127–132.

- WHO** (2012). Breast Cancer Awareness Month. Disponível em <http://www.who.int/cancer/en/>, consultado a 21.01.2012.
- WHOQOL-Group.** (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23, 24-56.
- WHOQOL-Group.** (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585.
- Wildes, K., Miller, A., Majors, S., Otto, P., Ramirez, A.** (2011). The Satisfaction of Latina Breast Cancer Survivors with Their Healthcare and Health-Related Quality of Life. *Journal of Women's Health*, 20, 1065-1074.
- Wimberly, S., Carver, C., Laurenceau, J., Harris, S., Antoni, M. H.** (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 300-311.
- Winzelberg, A., Classen, C., Alpers, G., et al.** (2003). Evaluation of an Internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer*, 97, 1164-1173.
- Wong, W., Fielding, R.** (2007). Change in quality in chinese women with breast cancer: changes in psychological distress as a predictor. *Support Care Cancer*, 15, 1223-1230.
- Wong-Kim, E., Bloom, J.** (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 564-573.
- Wronska, I., Stepień, R., Kulik, T.** (2003). The quality of women's life after mastectomy in Poland. *Health Care for Women International*, 24, 900-909.
- Yélamos, C., Montesinos, F., Eguino, A., Fernández, B., González, A., García de Paredes, M.** (2007). "Mucho x Vivir". Atención psicosocial para mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 417-22.
- Yunes, M.** (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Yunes, M.** (2011). Psicologia Positiva e resiliência: foco no indivíduo e na família. In Dell'Áglio, D., Koller, S., Yunes, A. (Eds.) (2ªed.), *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção* (pp. 45-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ywamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Kodama, M., Okama, M.** (2003). Differences in emotional distress between breast tumor patients with emotional inhibition and those with emotional expression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 289-294.
- Zahlis, E., Shands, M.** (1991). Breast cancer: Demands of illness on the partner. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 75-93.
- Zebrack, B.** (2000). Cancer survivor. Identity and quality of life. *Cancer Practice*, 8, 238-242.
- Zeidner, M., Saklofske, D.** (1996). Adaptative and maladaptative coping. In Zeidner, M., Endler, N. (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications*. (pp. 505-532). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Zeleniuch-Jacquotte, A., Shore, R.** (1999). Epidemiology. In Roses, D. (Ed), *Breast Cancer* (pp. 3-9). USA: Churchill Livingstone
- Zhao, S., Grasmuck, S., Martin, J.** (2008). Identity Construction on Facebook: digital empowerment in anchored relationships. *Computers in Human Behavior*, 24, 1816-1836.
- Zimmermann, M., Arunkumar, R.** (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social Policy Report*, 8, 1-18.
- Zimmermann, T., Scott, J., Heinrichs, N.** (2010). Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 1061-1068.