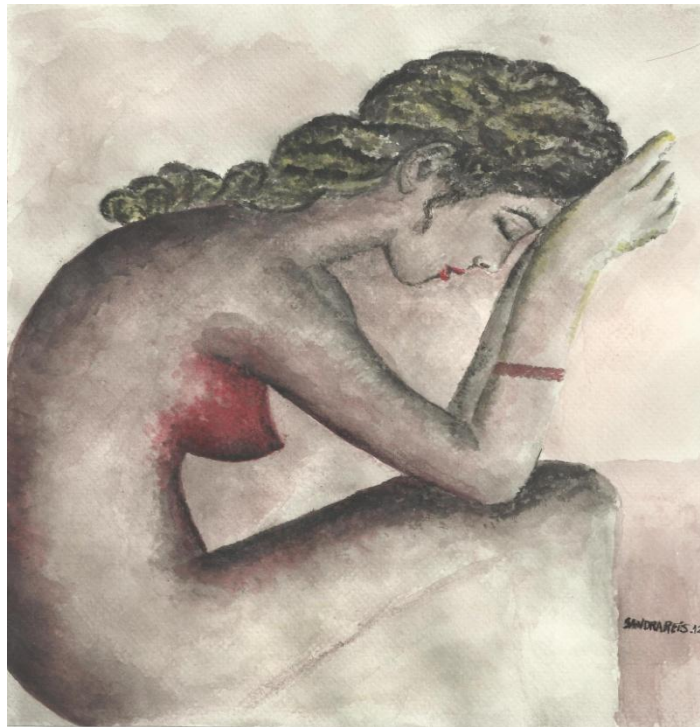




UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
PSICOLÓGICOS



(Imagen cedida per la pintora Sandra Reis)

**Experiencia percibida del sufrimiento y
síntomatología psicopatológica en mujeres con
cáncer de mama**

AUTORA: SÓNIA COSTA

DIRECTOR: FERNANDO JIMÉNEZ GÓMEZ

TUTOR: JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO (Universidad de Oporto. Facultad de Psicología)

SALAMANCA, Septiembre de 2012

RESUMEN

La enfermedad del cáncer de mama es un hecho impactante en la dimensión psicológica de las mujeres que la padecen. A pesar de que ya no está asociada con una «sentencia de muerte», y que su curación tampoco implica ya obligatoriamente la extirpación de la mama, en la conciencia colectiva de las pacientes sigue asociándose a una experiencia de adversidad frente a los tratamientos agresivos, más o menos prolongados, y a las correspondientes transformaciones, cambios y pérdidas que de ellos se derivan.

La presente investigación tuvo como principal objetivo estudiar la experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad y la sintomatología psicopatológica derivados del proceso de enfermedad en una muestra de mujeres con cáncer de mama. Asimismo, como objetivos específicos, observar cuáles son las dimensiones del sufrimiento más afectadas, y en qué medida contribuyen las variables sociodemográficas y clínicas a la variabilidad de la experiencia de sufrimiento. También identificar la sintomatología psicopatológica con mayor prevalencia en la muestra estudiada, así como su variabilidad en función de las variables clínicas y sociodemográficas. Indagar si las variables de sufrimiento y sintomatología psicológica están relacionadas. Investigar si el sufrimiento en la enfermedad conlleva el agravamiento de la severidad de la sintomatología psicopatológica. Y, por último, trazar un perfil psicológico de las pacientes con cáncer de mama estudiadas, teniendo en cuenta las variables empíricas evaluadas.

Los resultados obtenidos indican que la experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad de las pacientes evaluadas es caracterizada por un mayor sufrimiento

sociorrelacional y psicológico. Los síntomas psicopatológicos derivados de la situación de enfermedad con mayor prevalencia son la ansiedad y el Obsesión-compulsión. La escolaridad tiene efectos significativos quiere en la experiencia de sufrimiento en la enfermedad, quiere en la sintomatología psicopatológica. Pero, no fueron encontrados efectos significativos de las variables clínicas en la experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad y en la sintomatología psicopatológica. Se comprobó que la experiencia de sufrimiento en la enfermedad y la sintomatología psicopatológica están relacionadas significativamente en todas las dimensiones. No obstante, no quedó demostrada la hipótesis de que el sufrimiento influye en el agravamiento de la sintomatología psicopatológica. El perfil de morbilidad psicológica de las pacientes observadas se caracteriza por un mayor sufrimiento sociorrelacional y psicológico, y una sintomatología obsesiva-compulsiva y depresiva.

Se concluye con el presente trabajo que el estudio conjunto de la experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad y sintomatología psicopatológica permite conocer mejor la salud mental derivada de la experiencia de enfermedad de las mujeres con cáncer de mama, y que los resultados obtenidos suponen importantes contribuciones a los ámbitos científico y clínico.

PALABRAS CLAVE: cáncer de mama, experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad, sintomatología psicopatológica, estudio exploratorio

ABSTRACT

Becoming ill with breast cancer has a significant psychological impact in the lives of women that unfortunately are affected by it. Although currently breast cancer is no longer a “death sentence”, nor the treatment has necessarily to go by the experience of the breast ablation, in the patients’ collective mind breast cancer is still associated with an adverse experience when facing the aggressive treatments, more or less extend. The comprehension of women’s fears implies also the transformations, alterations and losses that the treatment involves.

This investigation had as main goals to study the subjective suffering experience in women with breast cancer. In addition, to investigate the psychopathological symptomatology that steams from the process of falling ill in a sample of women with breast cancer. To understand, specifically, which are the most affected suffering dimensions, and also trying to find which is the contribution of several sociodemographic and clinical variables to the variation of the suffering experience. It was also intended to identify in the sample the most prevalent psychopathological simptomatology and its variability taking into account clinical and sociodemographic variables. Moreover, to investigate if the suffering and the psychological variables are associated, and also to explore if the breast cancer illness’ suffering contributes to worsening the severity of the psychopathological symptoms. Finally, it was intended to draw a psychological profile of the breast cancer patients included in the sample, taking into account the assessed empirical variables.

The results indicate that in this sample the most severe suffering experience is characterized by great psychological and sociorelacional suffering. The most prevalent psychopathological symptoms that stem from the disease are anxiety and obsession-compulsion. The educational level has a significant effect either in the suffering experience within the illness course, but also in the psychopathological symptoms. On the other hand, no significant effects were found concerning the impact of the clinical variables either in subjective suffering experience, either in the psychopathological simptomatology. There were found significant associations between all the studied suffering dimensions and the psychological simptomathology. Nonetheless, it has not been proved the hypothesis that the suffering experience has an impact in the psychopathological symptoms worsening. The morbid psychological profile of the studied patients' is characterized by a sociorelacional, psychological, and obsessive-compulsive simptomathology.

The present investigation results' point out the relevance of a combined study that includes the subjective suffering experience during breast cancer and the psychopathological symptoms variables'. This approach allows researchers to better understand the mental health state of women with breast cancer. In addition, the present study results bring important contributions to the scientific as well as to the clinical domains.

KEY-WORDS: Breast cancer, subjective suffering experience, psychopatological simptomatology, empirical study.

I. MARCO TEÓRICO

I.1. CÁNCER DE MAMA: ASPECTOS FÍSICOS DE LA ENFERMEDAD

I.1.1. Estadística epidemiológica

En la actualidad, el cáncer de mama es el segundo más frecuente a nivel mundial y el más frecuente en las mujeres. Cada año se registran 1,05 millones de nuevos casos, representando el 22 % de los cánceres femeninos y 373 000 muertes. La mayoría de los casos se observan en los países industrializados, 346 000 en Europa y 202 000 en América del Norte (Schottenfeld & Fraumeni-Jr, 2006). Por estas razones, el cáncer de mama es una de las principales preocupaciones de la salud pública en todo el mundo (Crane, 2000).

En Estados Unidos, el cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre el sexo femenino y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. Las últimas estimaciones de la *American Cancer Society* (ACS, 2009) señalan que, en 2009, en Estados Unidos aparecieron 192 370 nuevos casos de cáncer de mama invasivo y se produjeron 40 170 muertes por esta enfermedad.

En Portugal, los datos epidemiológicos son consistentes con los datos universales. En el año 2006, el cáncer de mama continúa siendo el segundo cáncer más frecuente, manteniéndose como el de mayor prevalencia en mujeres. Además, en comparación con 2005, han aumentado al 38 % los casos de cáncer en el sexo femenino.

En relación con los datos anteriores, se comprobó un aumento del cáncer de mama en los grupos de edad más jóvenes, de 45 a 49 años, así como en el grupo de 40 a 44 años (*Instituto Português de Oncologia do Porto* (IPOP), 2008). En 2007 (IPOP, 2011), la neoplasia de mama, junto con la colorrectal, la de próstata y la de estómago, siguen representando más de la mitad de las patologías oncológicas de la Región Norte de Portugal, con un 52 % del total de los casos. De hecho, la neoplasia de mama representa más de un cuarto de los tumores diagnosticados (un 29 %), registrando una tasa de incidencia de 99,9/100 000, y manteniendo una tendencia de subida en relación con los años anteriores. Tal tasa de incidencia del 99,9 % corresponde a 1700 casos nuevos, un porcentaje significativamente superior al de las tasas europea (85,7 %) y mundial (64,4 %), que representa el 85,7 % de los tumores malignos en la mujer. En este mismo año se registraron en esta región del país luso 404 muertes (24 %) por cáncer de mama, constituyendo el cáncer de mayor tasa de mortalidad en las mujeres. La estadística epidemiológica demostró que las franjas etarias donde se registran un mayor número de casos nuevos fueron: 45-49 (213 casos), 55-59 (207), 50-54 (195) y 40-44 (182), manteniéndose el aumento registrado en el año 2006 en las franjas más jóvenes de la edad madura.

En resumen, entre 2000 y 2006 (IPOP, 2011) se diagnosticaron 9539 casos de tumores de mama en mujeres en la Región Norte de Portugal (97,9 %). La tasa de supervivencia global de 5 años fue del 83,8 %, ligeramente superior a la media europea (82,2 %). La mayoría de las supervivientes pertenece a la franja etaria de los 45 a los 54 años, seguidas de las de 55 a 64 años, mientras que la supervivencia es menor en las pacientes con más de 75 años.

I.1.2. Cáncer de mama: caracterización clínica

«Pienso que con este problema (enfermedad) no voy a durar mucho tiempo y me pongo triste»

(42 años, mastectomizada)

El término *Cáncer* proviene del latín ‘*carcinus*’, que significa ‘*cangrejo*’, término utilizado por Hipócrates para designar los procesos neoplásicos, dada la semejanza encontrada entre las ramificaciones de la célula cancerígena, que convierte en sus presas a las células que invade, y las tenazas predatoras del ‘*cangrejo*’ (Vasquéz, Rodríguez & Álvarez, 1998).

El cáncer de mama es un tumor maligno que se desarrolla en las células mamarias. Es más frecuente en la mujer, aunque también puede darse en hombres. Existen seis tipos de cáncer de mama, agrupados en dos categorías, invasivos e *in situ*. El carcinoma ductal *in situ* es el tipo de cáncer de mama no invasivo más común. El tumor está confinado en los tejidos del conducto donde se generó. Es el tipo de cáncer que se detecta en las pruebas de diagnóstico.

El carcinoma lobular *in situ* está confinado en los lóbulos, sin que haya atravesado sus paredes. Todavía no se trata de un verdadero cáncer, aunque se recomienda enormemente su vigilancia regular.

El carcinoma ductal invasivo es el cáncer de mama más común. Se inicia en el conducto, pero rompe la pared de este e invade el tejido de la mama, pudiendo extenderse a otras partes del cuerpo (metástasis). Representa cerca de ocho de cada diez casos de cáncer de mama invasivo.

El carcinoma lobular invasivo se origina en los lóbulos y puede extenderse a otras partes del cuerpo. Uno de cada diez cánceres de mama es de este tipo. El cáncer de mama inflamatorio se trata de un tipo de cáncer poco común, que representa cerca del 1 % al 3 % de los cánceres de mama. Se caracteriza por la ausencia de nódulo o tumor y alteraciones en la piel de la mama, color enrojecido, piel gruesa y arrugada, como la de una naranja, y cambios en el tamaño de la mama, en comparación con la otra. La inflamación resulta del bloqueo que las células cancerosas ejercen en los vasos linfáticos (American Cancer Society, 2009; NCCN, 2011).

Por último, la *enfermedad de Paget*, también un cáncer invasivo poco común, que se desarrolla en los conductos lácteos del pezón. Existen dos formas de la enfermedad, una asociada al cáncer invasivo de la mama y otra que compromete únicamente al pezón (Ogden, 2004^b).

Al igual que otros tumores malignos, después de detectarse mediante los medios de diagnóstico convencionales, el cáncer de mama es clasificado clínicamente a través del *Sistema TNM*, a fin de evaluar la extensión anatómica del tumor en tres importantes características: *T* – tamaño del tumor primario, pudiendo variar entre T0, cuando no hay evidencia del tumor primario, T1, T2, T3, que se corresponden respectivamente con la variación del tamaño del tumor entre 0,1 cm y 5 cm, y T4, cuando se trata de un tumor de cualquier tamaño con extensión hasta la pared torácica o la piel («piel de naranja»); *N* – ausencia o presencia y correspondiente extensión de metástasis en los ganglios linfáticos regionales, N1: metástasis en uno o más ganglios linfáticos axilares, homolaterales, móviles, N2: metástasis en uno o más ganglios linfáticos axilares, homolaterales, fijos, N3: metástasis en uno o más ganglios linfáticos intraclaviculares, homolaterales; *M* – ausencia o presencia de metástasis a distancia, pudiendo variar entre

M0: ausencia de metástasis a distancia y M1: metástasis a distancia (Crane, 2000; NCCN, 2011; Wittekind, Greene, Hutter, Klimpfinger & Sobin, 2005).

La clasificación de las categorías TNM tiene como objetivo evaluar la extensión del tumor, permitiendo conocer su estadio de evolución, a fin de delinear la terapéutica adecuada, así como abordar el pronóstico (ACS, 2009; Crane, 2000; NCCN, 2011).

El cáncer de mama puede tener una recurrencia local y regional, denominado cáncer secundario, reapareciendo en los ganglios linfáticos debajo del brazo o junto a la clavícula. También podrá formarse en otra mama, años después del primero. O bien extenderse a otros órganos, cáncer secundario metastásico, desarrollando metástasis a distancia. Los órganos donde se registran metástasis de mama con más frecuencia son el hígado, los pulmones, los huesos y el cerebro (Ogden, 2004^b).

El estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico es determinante para el pronóstico (Schottenfeld & Fraumeni-Jr, 2006). Algunos estudios indican una tasa de supervivencia de 5 años en el 99 % de los casos cuando el tumor es menor de 0,5 cm, del 80 % en tumores de 2 a 5 cm y del 50 % al 60 % para tumores con más de 5 cm (Crane, 2000).

I.1.3. Cáncer de mama: terapéutica

«Espero que cada vez haya más medios para tratar a las pacientes y que no tengan tantos efectos secundarios»

(30 años, mastectomizada)

En el ámbito quirúrgico, el tipo de cirugía se adapta al tipo de tumor. Existen diferentes modalidades quirúrgicas. En el cáncer de mama, las cirugías se dividen en dos categorías: cirugías conservadoras de la mama y cirugías de extirpación de la mama.

Las intervenciones quirúrgicas de conservación de la mama son dos, la *Nodulectomía*, también conocida como *Tumorectomía*, que consiste en la extirpación del tumor y la escisión amplia de los tejidos que lo rodean; y la *Cuadrantectomía*, más invasiva que la anterior, responsable de extirpar un cuarto de la mama y algunos de los ganglios linfáticos debajo del brazo. En cuanto a las cirugías de extirpación de la mama, conocidas como mastectomía, tenemos la *mastectomía simple o total*, en la que la mama se extirpa totalmente, pudiendo conservar los nódulos linfáticos; la *mastectomía radical*, donde también se extirpa toda la mama, además de los ganglios linfáticos y los músculos situados encima de la mama, desde la clavícula hasta las costillas; y, por último, la *mastectomía radical modificada*, que consiste en la extirpación de la totalidad de la mama, junto con el músculo de la pared torácica y algunos de los nódulos linfáticos de debajo del brazo, y es la más utilizada en casos avanzados de cáncer (ACS, 2009; Crane, 2000; Ogden, 2004^b; Pennery, Speechley y Rosenfield, 2010).

Las implicaciones psicosociales y psicosexuales asociadas a la mastectomía están reconocidas por los profesionales de la salud y la clase científica, por lo que se vuelve a ofrecer un avance científico en la reparación del sentimiento de mutilación en la mujer con cáncer de mama. Surge la *cirugía reconstructiva de la mama*, que se está convirtiendo cada vez más en una realidad. Es el resultado del trabajo de equipo multidisciplinar entre cirujano, cirujano plástico, oncólogo y radiólogo (Crane, 2000; Pennery, Speechley y Rosenfield, 2010).

En cuanto a las terapéuticas farmacológicas, se aplican las mismas que en los otros tipos de cáncer. Pueden estar dirigidas al lugar del tumor, tratamiento local, como es el caso de la radioterapia. Cuando el tumor invade otros tejidos del cuerpo, se administrará a nivel sistémico, tratamiento sistémico, como es el caso de la quimioterapia, la terapia hormonal y la inmunoterapia (ACS, 2009).

La radioterapia, como el propio nombre indica, es una terapia por radiación que busca controlar la enfermedad a nivel loco-regional. En la actualidad, se utiliza más en casos de conservación de la mama, con el objetivo de detener la evolución de la enfermedad en estadios iniciales (I y II) (Crane, 2000).

La quimioterapia se utiliza para luchar contra las células cancerígenas que, tras la cirugía, todavía puedan existir en el lugar del tumor o que se hayan diseminado a través del flujo sanguíneo a otras partes del cuerpo. Generalmente se efectúa cada 3 semanas, en ciclos de 21 o 28 días, de 3 a 6 meses de duración, pudiendo extenderse hasta un año. Algunas sesiones duran 10 minutos, mientras que otras duran de 3 a 4 horas (Ogden, 2004^b; Pennery, Speechley y Rosengield, 2010).

Las terapias hormonales se utilizan cuando se comprueba que las células tumorales necesitan hormonas femeninas para su crecimiento (estrógeno y progesterona) pues, en ese caso, hay que privarlas de tal alimento. Puede utilizarse antes o después de la cirugía pero es más frecuente tras la cirugía (Ogden, 2004^b; Pennery, Speechley y Rosenfield, 2010).

La terapia inmunológica, también denominada terapia biológica, consiste en la utilización, directa o indirecta, del sistema inmunitario de la paciente para luchar contra la enfermedad y minimizar los efectos de los tratamientos (Ogden, 2004^b).

I.2. CÁNCER DE MAMA: ASPECTOS PSÍQUICOS DE LA ENFERMEDAD

El cáncer de mama ejerce un importante impacto en el estado de salud y en la funcionalidad, así como en la percepción de sí mismo, la autoestima y la salud mental, en comparación con otros tipos de cáncer (Sendersky, Gaus & Sung, 2002). El cáncer

de mama desencadena alteraciones en el funcionamiento biopsicosocial, implicando una necesidad de reajustar las vivencias intrapsíquicas, dado que, por un lado, se trata de una enfermedad potencialmente mortal y, por otro lado, profundamente estigmatizante para la paciente como mujer (Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2001). El miedo a quedar «incompleta» es el fantasma que asola la feminidad de estas mujeres.

El descubrimiento de que la aparición del cáncer afecta a la dimensión psicológica de los pacientes, comprometiendo la adhesión a los tratamientos oncológicos y la eficacia terapéutica, fue precisamente lo que impulsó el nacimiento de la *psicooncología* (Veit & Carvalho, 2008). En determinado grado o en algún momento, las mujeres con cáncer de mama presentan problemas psicosociales (Barros, 2008), de carácter adaptativo al proceso de enfermedad, o psicopatológicos, cuando no se produce la adaptación.

I.2.1. Experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad en el cáncer de mama

«Quién era yo, y lo que soy ahora con la enfermedad...»

(68 años, conservación de la mama)

La enfermedad es fuente de sufrimiento, pero no la única, aunque tal como señala Gameiro (1999), sí es una de las formas más evidentes de sufrimiento. Esto se debe a que provoca dolor, pero también a que constituye una amenaza, real o imaginaria, a la integridad de la persona, recordándole su fragilidad y acercándola a la idea de la muerte. McIntyre (1995a) define el sufrimiento en la enfermedad como *«un estado de incomodidad que implica una pérdida o amenaza de pérdida a nivel de la identidad e integridad del individuo y una modificación de su percepción de futuro»* (pág. 21). Por

ello, pérdida y sufrimiento en la enfermedad están relacionados (McIntyre, 2004). Las significaciones personales que se le atribuyen y la carga afectiva correspondiente son susceptibles de modificar el curso de ese sufrimiento (McIntyre, 2004). Para McIntyre (1995^a), el sufrimiento de la persona enferma no se restringe a los síntomas de la enfermedad y del cuerpo. La enfermedad se da en una persona que sufre, donde el sufrimiento físico solamente es una dimensión de ese sufrimiento (Gameiro, 1999; McIntyre, 1995^a).

El sufrimiento es un fenómeno biopsicosocial, que abarca a la persona en su todo, y de naturaleza multidimensional (McIntyre, 2004). La enfermedad afecta a *diversas dimensiones de la persona* (cuerpo, identidad, relaciones familiares sociales, empleo y dimensión espiritual, entre otras). El sufrimiento que se le asocia está relacionado con pérdidas experimentadas o anticipatorias comprobadas en las diferentes dimensiones de la vida de la persona. McIntyre y Gameiro (1999) nos presentan cuatro dimensiones de la experiencia de sufrimiento en la enfermedad: el sufrimiento físico, relativo a las quejas de dolor, incomodidad y pérdida de fuerza muscular; el sufrimiento psicológico, respecto a los cambios cognitivos y emocionales; el sufrimiento sociorrelacional, que alude a las alteraciones afectivo-relacionales y a las sociolaborales; y el sufrimiento existencial, que evoca a los cambios de la identidad personal, los cambios del sentido de control, las limitaciones existenciales y las limitaciones en el proyecto de futuro (Gameiro, 1999; McIntyre, 2004).

En cuanto al término de sufrimiento en la enfermedad, encontramos algunas imprecisiones y superposiciones. Conceptos como «*impacto psicosocial de la enfermedad*», «*representaciones de enfermedad*» (McIntyre, 1999, in prefacio Gameiro, 1999), «*sufrimiento psicológico en la enfermedad*» o «*morbilidad psicológica*» en la enfermedad, se asocian recurrentemente al sufrimiento en la enfermedad. Estos

conceptos únicamente ponen en funcionamiento algunos ámbitos del sufrimiento en la enfermedad, pero no la experiencia de enfermedad en su totalidad. Por otro lado, la experiencia de sufrimiento en la enfermedad no se reduce a la morbilidad física y psicológica del paciente, sino que implica una vivencia más amplia, que abarca la dimensión psicosocial (familiar, laboral, de ocio y recreativa), la existencial y la espiritual.

La experiencia de sufrimiento es una experiencia «despatologizada» (McIntyre, 1999, in prefacio Gameiro, 1999). Es decir, la pérdida y reacciones a la pérdida asociadas al proceso de enfermedad, que causan el sufrimiento, son aspectos normales de la adaptación al proceso de enfermedad (McIntyre, 2004).

El sufrimiento del paciente, como experiencia subjetiva del proceso de enfermedad, ha sido objeto de reflexión fenomenológica y existencial (McIntyre, 1999, in prefacio Gameiro, 1999). Y es en esa perspectiva, según la autora, desde donde tiene sentido que se enmarque y analice. Dentro de este marco, puede afrontarse como un proceso personal, acompañado de un conjunto de significaciones subjetivas. Asimismo, puede entenderse como un valor, permitiendo el crecimiento y la transformación interior (Gameiro, 1999; McIntyre, 1995^b). Así pues, el sufrimiento en la enfermedad puede reunir aspectos positivos para el paciente, el sufrimiento como un desafío, el sufrimiento como posibilidad de *reconstrucción del self*, el sufrimiento como búsqueda de nuevos significados para la vida (McIntyre, 1995^b).

No obstante, a pesar de su pertinencia, los trabajos sobre la experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad, según las dimensiones descritas, todavía son escasos. Por ello, se defiende la apremiante necesidad de que se realicen (McIntyre, 1999, in prefacio Gameiro, 1999). A continuación, pasamos a hacer referencia a algunos estudios

llevados a cabo con pacientes crónicos, oncológicos y con pacientes con cáncer de mama.

Gameiro (1999), en el estudio de validación del *Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença* (IESSD, Inventario de Experiencias Subjetivas de Sufrimiento en la Enfermedad), aplicado a una muestra de 125 pacientes de cirugía, ortopedia, ortotraumatología y medicina interna, observó que los individuos con una mayor afección física o psicológica experimentan más sufrimiento. Asimismo, constató que la dimensión *experiencias positivas de sufrimiento* se acerca a la noción «*espírito de lucha*», como forma de afrontamiento.

Bento (2000), utilizando el mismo instrumento, constató que los pacientes internados en cuidados intensivos presentan más sufrimiento sociorrelacional, seguido de sufrimiento psicológico y, por último, existencial; lo que indica que estos pacientes, por la severidad de la patología y por la necesidad exigente de cuidados, experimentan un sufrimiento intenso en la enfermedad.

En pacientes con dolor crónico, el sufrimiento físico aparece como la dimensión más afectada en la enfermedad, seguido del sufrimiento psicológico, sociorrelacional y existencial (Araújo-Soares & McIntyre, 2000). También los pacientes con esclerosis múltiple presentan valores de sufrimiento muy elevados, de forma más expresiva en el sufrimiento sociorrelacional, y bajos niveles de optimismo y esperanza. En este caso, la cronicidad de la enfermedad parece asociarse a una experiencia de sufrimiento más intensa en la enfermedad. Variables como la edad, el género, el estatus laboral o el estadio de la enfermedad, entre otras, también influyen en la experiencia subjetiva de sufrimiento. McIntyre (2004) destaca que, con frecuencia, el sufrimiento en estos pacientes se manifiesta en forma de síntomas depresivos, de naturaleza clínica o no,

tratándose de un estado reactivo frente a las exigencias de la enfermedad y tratamientos y por las consecuentes pérdidas que se les asocian.

Para Sobral (2006), el sufrimiento se encuentra directamente asociado a la percepción de enfermedad. Según el autor, la percepción de elevado control personal y la creencia en la eficacia de los tratamientos minimizan el sufrimiento. Por otra parte, la presencia de sintomatología intensa, la percepción de consecuencias elevadas, la elevada representación emocional y un largo periodo de enfermedad, intensifican el sufrimiento. Resultados afines encontraron Ribeiro, Pereira y Cunha (2012) en una muestra de pacientes con dolor oncológico.

Paulo (2006), en un trabajo sobre las vivencias del dolor y del sufrimiento en la persona con enfermedad oncológica en tratamiento paliativo, observó que el sufrimiento de los pacientes es consecuencia de las relaciones con los profesionales sanitarios, y con amigos, conocidos y familiares, del continuo esperanza-desesperanza, de la pérdida de continuidad, de la confrontación con la enfermedad, de la pérdida de control y de la ausencia de apoyo social.

Pereira (2008), con base en un análisis de las comunicaciones verbales y no verbales de mujeres con cáncer de mama, comprobó que las quejas que representan un mayor sufrimiento para las mujeres son: 1). preocupación/miedo e inseguridad en relación con el diagnóstico y pronóstico: imagen corporal, procedimientos terapéuticos, sufrimiento físico, limitaciones corporales y realización de exámenes; 2). sentimiento de pérdida: de una parte del cuerpo, integridad física, imagen corporal, autoestima, autonomía, actividades de ocio, pérdida de la vida que tenían; 3). dureza de la fase de los tratamientos: quimioterapia - náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, cefaleas,

cansancio, entre otros; radioterapia - quemaduras y cambios cutáneos. Resultados afines han encontrado Dias (2005), Trill (2002) y Freitas y Souza (2004).

Silva (2008) estudió el sufrimiento psicológico en la mujer con cáncer de mama, y constató que el sufrimiento en las pacientes supera el sufrimiento de la enfermedad en sí. Su sufrimiento incorpora las representaciones y significados culturales femeninos atribuidos a la enfermedad, susceptibles de interferir con las relaciones interpersonales, especialmente, pero más íntimas y básicas de la mujer.

Un estudio cualitativo llevado a cabo por Costa, Jiménez y Pais-Ribeiro (2010) de análisis del contenido de los relatos de pacientes de Trás-os-Montes sobre los acontecimientos de vida significativos derivados del cáncer de mama, permitió comprobar que los hechos con mayor impacto en la experiencia de enfermedad son la disminución de la funcionalidad en las actividades laborales e instrumentales de la vida diaria, y la consecuente sobrecarga de los familiares, así como los cambios en la relación corporal, sexual y conyugal.

Apóstolo, Batista, Macedo y Pereira (2006) encontraron valores elevados de sufrimiento emocional, en relación con la preocupación por el impacto de la enfermedad en los familiares más cercanos, en mujeres con cáncer de mama y ginecológico, sometidas a tratamiento quimioterapéutico.

Rodrigues, Cunha y Pereira (2012), en un estudio comparativo entre mujeres mastectomizadas (extirpación de la mama) e hysterectomizadas (extirpación del útero, ovarios, etc.), utilizando el *Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença* (IESSD, Inventario de Experiencias Subjetivas de Sufrimiento en la Enfermedad), constataron que las primeras presentan más sufrimiento psicológico y

sociorrelacional que las segundas, y tienen menos experiencias positivas en el sufrimiento que las segundas.

I.2.2. Sintomatología psicopatológica en el cáncer de mama

«Preguntar a la persona sobre su nivel de angustia es tan importante como preguntarle sobre su nivel de dolor. Si una persona está depresiva, puede renunciar al tratamiento o no encontrar las mejores formas de afrontar la enfermedad»

(Jimmie Holland, 2011)

([http://veja.abril.com.br/noticias/saude/pensamento positivo-nao-cura cancer](http://veja.abril.com.br/noticias/saude/pensamento_positivo-nao-cura_cancer))

Es frecuente que, en pacientes con cáncer, aparezcan alternaciones/sintomatología o trastornos psicológicos, hecho que está bien documentado en la literatura de las últimas cuatro décadas (Gil, Sirgo, Lunch, Maté & Estradé, 2001). En 1983, Derogatis, Marnow, Fetting, Pennan, Paiasettssy, Sahmale et al., elaboraron el primer estudio de morbilidad psicopatológica según los criterios del DSM III (American Psychiatric Association) en pacientes oncológicos. Con él, demostraron que el 47 % (101 pacientes de 215) presentan una sintomatología psicopatológica. El trastorno de adaptación, acompañado de ansiedad y depresión, fue el más diagnosticado (en un 68 % de los pacientes), seguido de la depresión mayor (en un 13 %), el trastorno de la personalidad (un 7 %) y el trastorno de ansiedad (en un 4 %). Este estudio fue pionero en delimitar la diferenciación entre trastorno mental primario y trastorno mental secundario o derivado de la aparición del cáncer en la trayectoria personal de vida.

Así pues, el *screening*, evaluación y tratamiento de los síntomas psicopatológicos se releva fundamental en la práctica clínica diaria en oncología, en la medida en que causan sufrimiento, interfieren en la adhesión a los tratamientos y en la

adopción de mecanismos de afrontamiento adaptativos en la lucha contra la enfermedad, y comprometen la calidad de vida personal, familiar, social, existencial y espiritual (Holland, 1998).

La mama tiene una representación psicológica, sexual y afectiva particular para la mujer (Rojas-May, 2007). Por consiguiente, el proceso de la enfermedad de cáncer de mama, en comparación con otros tipos de cáncer en la mujer, puede suponer todavía más la aparición de una sintomatología psicopatológica.

I.2.2.1. Trastorno de ansiedad y cáncer de mama

*«Cuando tengo mucha ansiedad, me arañó hasta hacerme sangre»
(61 años, mastectomizada)*

La ansiedad acompaña al paciente durante la enfermedad. Desde el prediagnóstico, pasando por el diagnóstico, hasta el tratamiento, continuando por la recurrencia y progresión de la enfermedad y la fase terminal o paliativa. Surge asociada a sentimientos de preocupación, incertidumbre, angustia y miedo relativos al diagnóstico y pronóstico (Carvalho, 2008; Pereira, 2008). Cuando es intensa y duradera, la ansiedad puede dificultar la capacidad de comprensión de la enfermedad y de sus tratamientos, condicionando la adhesión a los procedimientos terapéuticos, y comprometiendo el diagnóstico.

Asimismo, la ansiedad también es responsable de la disminución de la calidad de vida durante el transcurso de la enfermedad, en la medida en que causa mucho sufrimiento emocional a la persona enferma. Por otro lado, interfiere en la eficacia de algunos medicamentos, como es el caso de los antieméticos (alivio de las náuseas y vómitos derivados de la quimioterapia) (Carvalho, 2008). Acciones muy sencillas

realizadas por parte de los profesionales sanitarios pueden prevenir o reducir la reacción ansiosa de los pacientes. La información adecuada sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico es la más beneficiosa, sencilla y económica (Carvalho, 2008; Pereira, 2008). La comunicación eficaz desempeña un importante papel en el alivio de la ansiedad y la prevención de su evolución a niveles clínicos (Stark & House, 2000). Ya la inhabilidad en este ámbito aumenta significativamente los niveles de ansiedad de los pacientes (Liénard, Merckaert, Libert, et al., 2006).

Los estudios de evaluación de los modelos mixtos de ansiedad/depresión dan cuenta de una mayor prevalencia de la ansiedad en comparación con la depresión en pacientes con cáncer de mama. Lueboonthavatchay (2007) identificó trastornos de ansiedad en un 16 % de las pacientes y únicamente un 9 % de depresión. Asimismo, comprobó una prevalencia de la ansiedad del 19 % y de la depresión del 16,7 %. Tapadinhas (2004) encontró niveles elevados de ansiedad en una muestra de pacientes con cáncer de mama. La autora encontró además una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y los niveles de depresión, indicando que mayores niveles de ansiedad se corresponden con mayores niveles de depresión.

Las pacientes con cáncer de mama recientemente diagnosticadas con cáncer experimentan ansiedad. Hall, Hern y Faloowfield (1999) identificaron un trastorno de la ansiedad en el 49,6 % de las mujeres con cáncer de mama que recibieron recientemente el diagnóstico. Gallagher, Parle y Cairns (2002) consideran que aproximadamente del 32 % al 45 % de las pacientes presentan una ansiedad clínicamente significativa y del 7 % al 46 %, depresión. Lidar con el diagnóstico es el primer desafío del proceso de enfermedad para las mujeres con cáncer de mama. A los que se les sumarán otros durante cada fase del proceso de la enfermedad.

Un estudio prospectivo realizado por Morris y Royle (1988), en el que participaron 30 pacientes con cáncer de mama en fase inicial, pretendió evaluar si la participación en la opción quirúrgica (mastectomía simple o mastectomía radical) influye en la ansiedad y depresión en el preoperatorio y postoperatorio. Los resultados demuestran que las mujeres que no participaron en la decisión quirúrgica revelaron más ansiedad y depresión clínica antes de la operación, y en los dos y seis meses posteriores, que las que sí participaron. Los autores concluyeron que la información y el asesoramiento adecuado de los pacientes sobre los procedimientos quirúrgicos disminuyen la sintomatología psicopatológica evaluada.

Fernandes (2009) evaluó la prevalencia de ansiedad o depresión en una muestra de mujeres con cáncer de mama en cuatro periodos diferentes, correspondientes a cuatro momentos diferentes del proceso terapéutico: el primero, antes de la cirugía; el segundo, dos semanas después de la cirugía; el tercero, durante los tratamientos; y por último, al final de los tratamientos (entre 9 y 12 meses después de la programación de cirugía). El porcentaje de ansiedad fue superior en todos los momentos (78,4 %, 60 %, 50 %, y 37 %, respectivamente), en comparación con la depresión, en los mismos momentos cronológicos (37,8 %, 37,8 %, 20,6 % y 20 %, respectivamente). Así pues, la fase de los tratamientos en la que las pacientes se encuentran parece ser determinante en la experiencia de la ansiedad, es mayor durante la realización de estos, y tiende a disminuir cuando terminan. Tras el diagnóstico y después de la cirugía, son los periodos más críticos en términos de ansiedad, pero también de depresión.

Los periodos previos y posteriores a la cirugía del transcurso de la enfermedad suelen generar niveles más elevados de ansiedad y depresión en las mujeres con cáncer de mama, encontrando justificación en los celos y expectativas ante la vida en función de la imagen corporal, aspecto físico y sexualidad (Granz, Schag, Lee, Polinky & Tan,

1992; Montgomery & Bovbjerg, 2004). Se trata de respuestas emocionales ante la fantasmaticización de las repercusiones de la mutilación física y elaboración psíquica de la pérdida de un miembro, en este caso, símbolo por excelencia de la femineidad.

Maraste, Brandt, Olsson y Reyde-Brandt (1992), en un estudio sobre la relación entre la ansiedad y la depresión, la edad y el tipo de cirugía en pacientes con cáncer de mama antes de que empiecen con la radioterapia, observaron una mayor presencia de ansiedad mórbida en un grupo de pacientes mastectomizadas en la franja etaria de 50 a 59 años, en comparación con las pacientes de cirugía conservadora, cuando esperaban el inicio del tratamiento.

Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richard & Ramirez (2005) evaluaron la prevalencia de la ansiedad y la depresión en 222 mujeres con cáncer de mama, cinco años después del diagnóstico. Comprobaron que cerca del 50 % de las participantes tuvieron ansiedad, depresión o ambas patologías en el primer año posterior al diagnóstico, el 25 % en el segundo, tercer y cuarto año, y el 15 % en el quinto. La prevalencia de ansiedad un año después del diagnóstico fue superior a la de la depresión (33 % y 15 % respectivamente).

Torres, Pereira, Monteiro, et al. (2010) solamente encontraron ansiedad severa en el 4,2 % de una muestra de supervivientes del cáncer de mama. Okamuna, Yamawaki, Akechi, Taniguchi, y Uchitomi (2005) evaluaron los factores asociados a los trastornos psiquiátricos y el impacto en la calidad de vida en 50 pacientes con cáncer de mama en primera recidiva de la enfermedad a través de entrevista estructurada del DSM-IV. Los autores verificaron que el 20 % de las pacientes reunían los requisitos para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad generalizado. Por tanto, queda

demostrado que la ansiedad acompaña a las pacientes con cáncer de mama a lo largo de todas las fases del proceso de enfermedad.

Montazer, Jarvandi, Haghight, et al. (2001) evaluaron el impacto a largo plazo de la asistencia a un grupo de apoyo en la prevalencia de la morbilidad en 56 pacientes con cáncer de mama. Antes del estudio, el 29 % de las pacientes revelaba índices elevados de ansiedad y un 14 % presentaba índices igualmente considerables de depresión. Tras la participación en el grupo, la ansiedad y la depresión disminuyeron significativamente. Las intervenciones psicológicas, individuales o de grupo, desempeñan un importante papel a la hora de reducir la ansiedad y la depresión, promoviendo una mejor adaptación a la enfermedad y los tratamientos (Sheard y Maguire, 1999).

I.2.2.2. Depresión y cáncer de mama

*«¡Ya he perdido el interés por todo!»
(71 años, mastectomía bilateral)*

*«Ya he pensado en matarme, desde que estoy enferma, pues me siento muy sola, no puedo trabajar»
(43 años, mastectomía radical)*

La depresión es el síntoma psicológico más común en los pacientes con cáncer. Surge como reacción emocional al diagnóstico, pudiendo extenderse a las siguientes fases del proceso de la enfermedad (tratamientos, post-tratamiento, recurrencia y progresión de la enfermedad, terminal/paliativa) (Carvalho, 2008). Aproximadamente el 16 % de los pacientes presenta una depresión mayor, y cerca del 22 % manifiestan una depresión menor y distimia combinada (Mitchell, Chan, Bhatti, et al., 2011).

En comparación con pacientes con otras patologías físicas, los pacientes oncológicos experimentan pérdidas varias y cambios en el estilo de vida y en su vida diaria, a los que se asocian pensamientos y cogniciones de enfermedad, susceptibles a provocar el desarrollo de diagnóstico del trastorno depresivo, a saber: miedos varios, miedo a la muerte, a la incapacitación, a la amputación, a la pérdida de autonomía, dependencia, pérdida del empleo, del estatus social, pérdidas en la imagen corporal (algunas irreversibles), entre otros (Raison & Miller, 2003). De esta forma se explica que los síntomas depresivos sean significativamente frecuentes en pacientes con cáncer deprimidos y no deprimidos, independientemente del estadio de la enfermedad (Mitchell, Lord & Symonds, 2012).

La depresión es frecuente en el contexto de las enfermedades físicas, y siempre representa una peor evolución, tanto del cuadro psiquiátrico como del cuadro de la enfermedad física. Sin embargo, en este contexto, en ocasiones o en muchas ocasiones, se corre el riesgo de su subdiagnóstico y subtratamiento. Dada la comorbilidad de síntomas entre la enfermedad física y los tratamientos y el cuadro depresivo (dolor, insomnio, fatiga, anorexia, lentificación, desaliento, baja autoestima, entre otros), el diagnóstico no siempre se realiza o se hace correctamente (Mitchell, Lord & Symonds, 2012; Teng, Humes & Demetrio, 2005). Además del sufrimiento psicológico que provoca en el paciente, constituye un problema en los cuidados de salud/enfermedad, en general, y en la oncología, en particular, en la medida en que los pacientes deprimidos se adhieren menos a las propuestas terapéuticas, en perjuicio de comprometer el pronóstico. Tiene un grandísimo impacto en la calidad de vida de los pacientes, aumentando el sentimiento de desesperanza, y pudiendo conducir al comportamiento suicida (Teng, Humes & Demetrio, 2005).

Además, por otro lado, está comprobado que el estado depresivo afecta al funcionamiento inmunológico, haciéndolo vulnerable (ya de por sí débil debido, fundamentalmente, a los efectos de la quimioterapia), aumenta la liberación de *cortisol* (hormona del estrés) en la corriente sanguínea, aumentando así el riesgo de disminución de la supervivencia. Por ello, la exploración, diagnóstico y tratamiento debe ser inaplazablemente una realidad en la prestación de cuidados en oncología (Raison & Miller, 2003; Tjemsland, Soraeide, Matre & Matts, 1997; Teng, Humes & Demetrio, 2005; Trancos, Cardoso, Luengo, Vieira & Reis, 2010).

Las tasas de depresión en las pacientes con cáncer de mama son las terceras más elevadas de todos los tipos de cáncer (Golden-Kreutz & Anderson, 2004). Sin embargo, los índices de depresión en este grupo de pacientes también registran variaciones en consonancia con los estudios. Teng, Hume y Demetrio (2005) defienden que este trastorno puede aparecer en el 25 % de las pacientes.

Fernandes y McIntyre (2002) identificaron depresión clínica en el 65 % de las pacientes con cáncer de la muestra estudiada. Graner, Cezar y Teng (2008) dan cuenta de varios trabajos sobre trastornos depresivos en mujeres con cáncer de mama. El primer estudio, realizado en una muestra compuesta por 160 pacientes, identificó el trastorno afectivo en el 22 % de las pacientes que se sometieron a una mastectomía. En una fase inicial de la enfermedad, el 8 % ya presentaba una sintomatología depresiva. En pacientes a las que se realizó seguimiento en ambulatorio hace cerca de 5 años, el 30 % manifestó síntomas de ansiedad y depresión.

Otro estudio, en el participaron 133 pacientes a las que se realizó seguimiento en ambulatorio, que se encontraban sometiéndose a radioterapia, tras una mastectomía/tumorectomía, solamente se identificó depresión en el 1,5 % de las

mujeres, mientras que la ansiedad se observó en un 14 %. En otra investigación, con 123 pacientes, se observaron elevados índices de depresión (50 %) en las mastectomizadas, un 50 % en las tumorectomizadas sometidas a radioterapia y un 41 % en las que solo se sometieron a la tumorectomía.

Asimismo, otros estudios demuestran una tasa de depresión moderada o severa del 26 % en mujeres mastectomizadas y otra del 12 % en mujeres en fase inicial del proceso de enfermedad. Un último estudio detectó un índice del 32 % de depresión en 166 mujeres que se encontraban esperando una cirugía, y del 24 % en el momento de la realización de la biopsia.

La depresión en las mujeres con cáncer de mama, según la literatura consultada, se asocia a diferentes variables relacionadas o desencadenadas por el proceso de enfermedad. Golden-Kreutz & Anderson (2004) encontraron índices significativos de depresión clínica en una muestra de pacientes con cáncer de mama. Los autores comprobaron que el estrés explicaba el 53 % de la sintomatología depresiva de las pacientes. De hecho, se encontraron múltiples relaciones estadísticamente significativas entre el estrés y la aparición de la enfermedad y los síntomas depresivos, especialmente la percepción global de estrés, la representación de la enfermedad como acontecimiento traumático de vida y acontecimientos estresantes derivados de la enfermedad, particularmente las dificultades financieras.

Green, Krupnick, Rowland, et al. (2000) señalaron que más del doble de las pacientes con cáncer de mama de la muestra estudiada desarrollaron una depresión mayor tras el tratamiento, cuadro que también estaba acompañado del trastorno de estrés postraumático. Los autores concluyeron que la depresión en el cáncer de mama

parece encontrarse asociada a la representación traumática de la experiencia de la enfermedad.

El estadio de la enfermedad también parece ser determinante en los cuadros de depresión clínica. Moreira, Silva & Canavarro (2008) encontraron niveles de depresión clínica en el 15,7 % de las pacientes recientemente diagnosticadas con cáncer de mama. En el grupo de las supervivientes, solamente el 1,9 % presentaba una sintomatología depresiva. Torres, Pereira, Monteiro, et al. (2010) elaboraron un estudio de evaluación de la salud mental en supervivientes de cáncer de mama portuguesas. La psicopatología con mayor prevalencia que observaron fue la depresión (15,65 %), presentándose en la forma más severa en el 62,6 % de las pacientes evaluadas. Por tanto, los resultados de ambos estudios, aunque realizados en Portugal, no se revelaron concordantes.

Las variables sociodemográficas aparecen relacionadas en algunos estudios con los estados de depresión en mujeres con cáncer de mama. Pacientes con más formación presentan una menor tendencia a la depresión, y esta alcanza niveles más evidentes en pacientes de más edad (Tapadinhas, 2004).

En algunos casos de cáncer de mama, la depresión se encuentra asociada a la percepción de una escasa posibilidad de supervivencia (Graner, Cezar & Teng, 2008). Combinaciones mixtas de cuadros de ansiedad y depresión también suelen registrarse con frecuencia en la literatura sobre el cáncer de mama (Eping-Jordan, Campus, et al, 1999; Jacobs & Bovasso, 2000; Payne, Hooman, Theodoulou, Dobik & Massie, 1999).

La depresión no siempre se trata en pacientes con cáncer de mama. Cuando está subtratada, agudiza los síntomas físicos, limita la capacidad funcional y compromete la adhesión terapéutica. Por tanto, evaluar y tratar la depresión en el cáncer de mama es

una condición fundamental en los cuidados de oncología (Fann, Thomas-Rich, et al. 2008).

I.2.2.3. Otros síntomas psicopatológicos en el cáncer de mama

Investigaciones portuguesas y extranjeras, principalmente realizadas por psiquiatras, identifican otros cuadros sintomáticos y clínicos en pacientes oncológicas de mama. Sin embargo, no se encuentran muchos estudios que hagan referencia a otros cuadros sintomatológicos derivados del proceso oncológico.

Tavares (1999), además de los habituales trastornos de estrés, ansiedad y depresión, indica otros trastornos que en ocasiones se encuentran en los pacientes con cáncer, que necesitan ser evaluados y tratados, pues acarrear patrones de adaptación a la enfermedad inflexibles y comprometedores. También se pueden encontrar trastornos de personalidad en pacientes con cáncer, donde los más frecuentes son el Obsesión-compulsión, el trastorno dependiente, el trastorno límite y el trastorno histriónico. Los trastornos somatoformes y la esquizofrenia también pueden tener lugar. Esta última supone un grave problema a la hora de lidiar con los pacientes y tratar la enfermedad.

Índices clínicos de somatización suelen identificarse con frecuencia en pacientes con cáncer. La somatización es un fenómeno clínico caracterizado por la presencia de quejas somáticas recurrentes, relativas a diferentes sistemas orgánicos, injustificables por la presencia de enfermedad somática. El trastorno somatoforme en estos pacientes interfiere en la relación terapéutica, tratamientos y pronósticos, además de conferir aún más sufrimiento a la experiencia de enfermedad (Leite & Teng, 2008). Purushotham, Uppori, et al. (2005) evaluaron la morbilidad psicológica tras la biopsia al cáncer de mama, Y encontraron índices elevados de somatización. Los autores comprobaron que

esta se encontraba positivamente correlacionada con la ansiedad. Asimismo, se comprobaron niveles elevados de sensibilidad interpersonal.

Rodrigues, Cunha y Pereira (2012), en un estudio comparativo entre mujeres mastectomizadas e histerectomizadas, encontraron índices superiores de ideas paranoides en los grupos de las mastectomizadas.

II. MARCO EMPÍRICO

II.1. Metodología

II.1.1. Diseño de investigación

El presente proyecto de investigación sigue una metodología mixta, es decir, cuantitativa y cualitativa. La primera es de carácter exploratorio, descriptivo, correlacional y transversal (Pais-Ribeiro, 2008), mientras que, con la segunda, se pretendió enriquecer el análisis cuantitativo con datos recogidos y analizados cualitativamente, aprovechando así el contexto hospitalario de recogida de estos, en el que tienen lugar las variables en estudio.

Esta metodología nos pareció pertinente para una mejor evaluación y comprensión de las variables en estudio y el cumplimiento de los objetivos, pues según Bayés (2004), para el estudio de la experiencia de sufrimiento en la enfermedad, *«(...) uno de los instrumentos metodológicos más sucintos que se encuentran a nuestro alcance para conocer lo que sucede en un hospital, desde el punto de vista del paciente, son los relatos de los pacientes y los familiares que con él comparten su experiencia de enfermedad»* (pág. 114).

II.1.2. Problema, variables y objetivos

II.1.2.1. Formulación del problema

La experiencia de sufrimiento en la perspectiva subjetiva del paciente asociada al proceso de enfermedad, y en un enfoque «despatologizado», se ha abordado en pocas ocasiones en la literatura clínica y empírica de la psicológica oncológica (McIntyre, 2004). La diferenciación entre sufrimiento y sintomatología psicológica es una cuestión necesaria y oportuna en clínica e investigación, así como el estudio de la relación entre las dos variables en la población oncológica. Estudios sobre la experiencia de sufrimiento en la enfermedad en mujeres con cáncer de mama son prácticamente desconocidos hasta la fecha. Así pues, fundamentamos la originalidad y pertinencia de nuestro trabajo.

II.1.2.2. Variables

Integran el problema en estudio las siguientes variables:

1. *Variables sociodemográficas:* edad, escolaridad, estado civil, profesión, situación ocupacional, núcleo familiar y zona de residencia. Consideradas relevantes para la posterior relación con las demás variables en estudio.
2. *Variables clínicas:* fecha de la realización del diagnóstico, estudio del tumor, caracterización TNM, conocimiento del diagnóstico, pronóstico, síntomas físicos y tratamiento actual. Consideradas oportunas para la caracterización del cuadro clínico de las pacientes y para el estudio de la relación con las demás variables.

3. *Experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad:* sufrimiento físico, sufrimiento psicológico, sufrimiento sociorrelacional, sufrimiento existencial y expectativas positivas del sufrimiento.
4. *Sintomatología psicopatológica:* compuesta por los siguientes cuadros clínicos que se van a evaluar: ansiedad, depresión, somatización, Obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica, hostilidad, ideas paranoides y psicoticismo.

II.1.2.3. Objetivos

La presente investigación tiene cuatro objetivos principales:

1). Conocer la experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad de las mujeres con cáncer de mama de la muestra en estudio. Este, a su vez, está compuesto por objetivos específicos:

a1). Conocer las dimensiones más afectadas del sufrimiento en la enfermedad;

b2). Investigar si la experiencia de sufrimiento en la enfermedad difiere en función de las variables sociodemográficas y clínicas.

2). Evaluar la sintomatología psicopatológica de las mujeres con cáncer de mama.

También este objetivo contempla, a su vez, dos objetivos específicos:

b1). Identificar los síntomas psicopatológicos más frecuentes en las mujeres con cáncer de mama de la muestra en estudio;

b2). Investigar si los síntomas psicopatológicos difieren en función de las variables sociodemográficas y clínicas.

3). Observar cuál es la relación entre la experiencia percibida de sufrimiento en la enfermedad y la sintomatología psicopatológica;

a1). Observar si la experiencia de sufrimiento en la enfermedad podrá ser indicador de una sintomatología psicopatológica;

4). Trazar un perfil psicológico de las pacientes con cáncer de mama a partir de la caracterización de la experiencia de sufrimiento en la enfermedad y de la sintomatología psicológica observada.

II.1.2.2. Hipótesis

Se formularon ocho hipótesis: H1 – Se prevé que las pacientes con cáncer de mama experimentan sufrimiento durante la enfermedad; H2 – Se espera que la experiencia de sufrimiento en la enfermedad en pacientes con cáncer de mama difiera estadísticamente de forma significativa en función de las variables sociodemográficas: edad, estado civil y escolaridad; H3 – Se postula que la experiencia de sufrimiento en la enfermedad en pacientes con cáncer de mama difiera de forma estadísticamente significativa en función de las variables clínicas: estadio, síntomas, tratamiento, cirugía y pronóstico; H4 – Se prevé que las enfermas con cáncer de la mama presenten diferente sintomatología psicopatológica; H5 - Se prevé que la sintomatología psicopatológica de las pacientes con cáncer de mama difiera de forma estadísticamente significativa en función de las variables sociodemográficas: edad, estado civil y escolaridad; H6 – Se espera que la sintomatología psicopatológica de las pacientes con cáncer de mama varíe de forma estadísticamente significativa en función de las variables clínicas: estadio, síntomas, tratamiento, cirugía y pronóstico; H7 – Se postula que la experiencia de sufrimiento contribuye al agravamiento de la severidad de la

sintomatología psicopatológica en pacientes con cáncer de mama; H8 – Se prevé que, con las variables en estudio, sea posible trazar un perfil psicológico de las pacientes con cáncer de mama estudiadas.

II.1.3. Participantes

Se utilizó una muestra secuencial que, según Pais-Ribeiro (2008), es el tipo de muestra que se utiliza con más frecuencia en contextos de salud, y consiste en incluir en el estudio a todos los participantes que reúnan los criterios de inclusión en la muestra, a medida que van apareciendo.

Los datos se recogieron en el Centro de Oncología del Centro Hospitalario de Tras-os-Montes e Alto Douro, en las consultas de seguimiento en ambulatorio y en los servicios de quimioterapia y radioterapia, durante los tiempos de espera de las consultas y de los tratamientos. Este procedimiento permitió atender a dos preocupaciones, una de naturaleza contextual e institucional - la de no interferir en la dinámica del servicio hospitalario y en las rutinas de las participantes-, y otra de naturaleza científica, relacionada con la metodología y objetivos del estudio, pues como describe Bayés (2000, 2002), los tiempos de espera de los pacientes con cáncer constituyen una de las grandes causas del sufrimiento en la enfermedad, que con frecuencia es desatendida por los médicos y demás profesionales de la salud.

II.1.3.1. Caracterización sociodemográfica

Formaron parte de la muestra 104 mujeres con cáncer de mama con edades comprendidas entre los 29 y los 82 años ($M= 55,22$; $DP= 13,07$), en su mayoría residentes del municipio de Vila Real, 46 (44,2 %), y las demás (55,7 %), en otros municipios de los distritos de Bragança y Viseu, ambos en la zona norte interior de Portugal. En cuanto al estado civil, la gran parte de las pacientes están casadas, 71

(68,27 %). Respecto a la escolaridad, la mayoría (43 %) poseen solamente la educación primaria (equivalente a 3º E.S.O. en España), 21 (20,19 %) terminada y 22 (21,15 %) sin terminar. La actividad profesional que más caracteriza la muestra de pacientes en estudio es la doméstica, en concreto 43 (41 %). En lo que respecta a la situación ocupacional, la mayoría de las pacientes están jubiladas, 37 (35,50 %), y 20 (23 %) de baja médica. La mayoría de las pacientes presenta un núcleo familiar compuesto por el marido e hijos, en concreto 44 (42,31 %).

II.1.3.2. Caracterización clínica

Las 104 mujeres con cáncer de mama que participaron en el estudio se encuentran en diferentes fases del proceso de enfermedad, registrándose en mayor número las pacientes diagnosticadas hace más de 25 meses. En la mayoría de las participantes, el estadio de la enfermedad se caracteriza a nivel loco-regional, 49 (50,52 %), y la mastectomía radical fue la cirugía realizada por la mayoría, 65 (75,03 %). En cuanto a los tratamientos, 49 (48,04 %) realizan otros tratamientos, especialmente hormonoterapia, y 38 (37,25 %) quimioterapia. El diagnóstico es conocido por la generalidad de las pacientes, 97 (93,3 %). La mayoría de las pacientes, 51 (50 %) tiene un pronóstico razonable, no obstante, 31 (30,39 %) tiene un pronóstico malo.

II.1.4. Instrumentos

Las variables sociodemográficas y clínicas se evaluaron mediante dos cuestionarios elaborados a tal efecto. La evaluación de las variables empíricas se efectuó a través de dos escalas. Intentamos utilizar instrumentos que no fuesen muy extensos, acatando las recientes normativas de la evaluación psicológica en contexto de salud con población enferma, a fin de salvaguardar la persona con enfermedad física, de por sí ya debilitada por esa condición (Pais-Ribeiro, 2000; 2007). El sufrimiento en la

enfermedad se evaluó mediante el *Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença* (IESSD, Inventario de Experiencias Subjetivas de Sufrimiento en la Enfermedad) y los síntomas psicopatológicos a través del *Brief Symptom Inventory* (BSI).

El *Inventário de Experiências Subjetivas de Sofrimento na Doença* (IESSD, Inventario de Experiencias Subjetivas de Sufrimiento en la Enfermedad) (McIntyre & Gameiro, 1999) viene a suplir la laguna existente en Portugal e incluso a nivel internacional, de instrumentos de evaluación de la experiencia de sufrimiento en la enfermedad desde la perspectiva del paciente, y constituye el primer instrumento portugués en hacerlo (Gameiro, 1999^a; Gameiro, 1999^b; McIntyre, 2004; McIntyre & Gameiro, 1999). Está compuesto por 44 ítems y evalúa cinco dimensiones del sufrimiento: el sufrimiento físico, psicológico, sociorrelacional, existencial y experiencias positivas de sufrimiento. El IESSD posee buenas propiedades psicométricas. En cuanto a la fidelidad, presenta una elevada consistencia interna evaluada a través del *alfa de cronbach* (.93) y del Spearman-Brown (.88). El instrumento comporta también una buena validez de contenido y constructo, las cinco dimensiones explican, tras rotación, el 48,2 % de la varianza total.

El *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI, Inventario de Síntomas Psicopatológicos) (Canavarro, 1999, 2007) es una validación para la población portuguesa del *Brief Symptom Inventory* (BSI) de Derogatis (1975). Se trata de una versión abreviada del SCL-R-90 (*Symptom Check-List*) del mismo autor (Derogatis, 1975), compuesto por 90 ítems, correspondiendo cada ítem a 90 descripciones de síntomas psicopatológicos. El BSI está compuesto por 53 ítems organizados en nueve dimensiones de síntomas: *somatización*, *Obsesión-compulsión*, *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *ansiedad*, *hostilidad*, *ansiedad fóbica*, *ideas paranoides* y

psicoticismo, y tres índices globales de distrés: Índice Global de Severidad (GSI), Índice de Síntomas Positivos de Distress (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST) (Derogatis, 1975).

Las nueve dimensiones psicopatológicas son, en su conjunto, indicadores importantes de psicopatología, siguiendo los criterios de clasificación diagnóstica de las cinco primeras categorías de la CID-10 (de F00 a F49) y de los trastornos del Eje I de la DSM-IV (Derogatis, 1975, 1993). En cuanto a las propiedades psicométricas, los estudios de consistencia interna del BSI indicaron correlaciones que varían entre 0,29 y 0,79 entre cada ítem y el ítem total. Los valores de alfa de cronbach de las nueve escalas se sitúan entre los 0,62 y 0,80 (Canavarro, 1999, 2007). Las correlaciones entre dimensiones se revelaron estadísticamente significativas ($p < .001$) (Canavarro, 1999, 2007).

II.2. Resultados

Con el objetivo de probar la H1 – *se prevé que las pacientes con cáncer de mama experimentan sufrimiento psicológico durante la enfermedad*, se efectuó un análisis de frecuencias y desviación estándar de las dimensiones del sufrimiento del IESSD. Teniendo en cuenta los resultados comprobados, como podemos observar en la tabla 1, las pacientes con cáncer de mama estudiadas experimentan *sufrimiento en la enfermedad*, y son el *sufrimiento sociorrelacional* ($M = 2,85$; $DP = 0,87$), seguido del *sufrimiento psicológico* ($M = 2,58$; $DP = 0,82$), los que registran mayores índices, aceptándose así la H1.

Tabla 1*Estadística relativa a la evaluación de las dimensiones del IESSD*

Dimensiones IESSD	N=104			
	M	DP	Mínimo	Máximo
<i>Sufrimiento físico</i>	2,29	0,84	1,00	4,50
<i>Sufrimiento psicológico</i>	2,58	0,82	1,15	4,54
<i>Sufrimiento sociorrelacional</i>	2,85	0,87	1,00	5,00
<i>Sufrimiento existencial</i>	2,34	0,73	1,19	4,38
<i>Experiencias positivas</i>	2,84	0,88	1,20	5,00

Asimismo, intentamos descubrir si las mujeres de la muestra de este estudio mostraban diferencias estadísticamente significativas en las cinco dimensiones del sufrimiento. A tal efecto, se efectuaron pruebas-t para muestras emparejadas, de modo similar a las medidas repetidas.

Los resultados indicaron la existencia de diferencias significativas en las medias entre todos los pares evaluados, salvo en los pares *sufrimiento físico* frente a *existencial* $t(103)=-0,85$, $p=0,40$, $\eta^2=0,01$, 95 % I.C. [-0,18, -0,07], y *sufrimiento sociorrelacional* frente a *experiencias positivas* $t(103)=0,13$, $p=0,90$, $\eta^2=0,00$, 95 % I.C. [-0,22, 0,25], como podemos observar en la tabla 2.

Tabla 2*Diferencias de medias y desviación estándar en la comparación (entre pares de las) o entre las dimensiones del sufrimiento*

Dimensiones	N = 104		
	M	DP	IC 95 %
Par 1			
Sufrimiento físico	2,29*	0,85	[-0,75, -0,38]
Sufrimiento sociorrelacional	2,86*	0,87	
Par 2			
Sufrimiento físico	2,29*	0,85	[-0,42, -0,17]
Sufrimiento psicológico	2,58*	0,83	
Par 3			
Sufrimiento físico	2,29	0,85	[-0,18, 0,07]
Sufrimiento existencial	2,35	0,73	
Par 4			
Sufrimiento físico	2,29*	0,85	[-0,81, -0,28]
Experiencias positivas	2,84*	0,88	

Par 5			
Sufrimiento sociorrelacional	2,86*	0,87	[0,13, 0,41]
Sufrimiento psicológico	2,58*	0,83	
Par 6			
Sufrimiento sociorrelacional	2,86*	0,87	[0,38, 0,63]
Sufrimiento existencial	2,35*	0,73	
Par 7			
Sufrimiento sociorrelacional	2,86	0,87	[-0,22, 0,25]
Experiencias positivas	2,84	0,88	
Par 8			
Sufrimiento psicológico	2,58*	0,83	[0,15, 0,33]
Sufrimiento existencial	2,35*	0,73	
Par 9			
Sufrimiento existencial	2,35*	0,73	[-0,72, -0,26]
Expectativas positivas del sufrimiento	2,84*	0,88	

Nota: *pares donde las diferencias encontradas fueron significativas para un valor de $p \leq 0,05$.

Con la intención de probar la H2 – *se espera que la experiencia de sufrimiento en la enfermedad difiere de forma estadísticamente significativa en función de las variables sociodemográficas: edad, estado civil y escolaridad*, se realizó un análisis de varianza multivariada (MANOVA), teniendo como variables dependientes las cinco dimensiones del sufrimiento, evaluadas a través del IESSD y como variable dependiente, en primer lugar, el factor edad de las pacientes con cáncer de mama en estudio. En las pruebas *post hoc* se adoptó por el criterio de Scheffé (Scheffé, 1953), debido a que está considerada una prueba conservadora (Tabachnick & Fidell, 1996). Se pusieron en ecuación valores del Eta-cuadrado para evaluar el poder de las asociaciones entre las variables. Como criterio de significancia se recurrió al Chi-cuadrado (χ^2) a 5 % ($p \leq 0,05$).

En las pruebas multivariadas se registraron efectos significativos [$F(15, 294)=1,88, p=0,03, \eta^2=0,09$] entre la variable *edad* y las dimensiones del *sufrimiento*. No obstante, en análisis posteriores, recurriendo a la prueba de Pillai's, el poder la interacción de la *edad* reveló no ser significativo con las variables *sufrimiento físico* [$F(3, 100)=1,97, p=0,12, \eta^2=0,06$], *sufrimiento sociorrelacional* [$F(3, 100)=2,58,$

$p=0,06$, $\eta^2=0,07$], *sufrimiento psicológico* [$F(3, 100)=1,45$, $p=0,23$, $\eta^2=0,04$], *sufrimiento existencial* [$F(3, 100)=0,91$, $p=0,44$, $\eta^2=0,03$], y *experiencias positivas de sufrimiento* [$F(3, 100)=2,64$, $p=0,05$, $\eta^2=0,03$].

El mismo proceso se repitió en relación con el estado civil. Las pruebas multivariadas mostraron una interacción significativa entre las variables en estudio [$F(15, 294)=1,85$, $p=0,03$, $\eta^2=0,09$]. En los análisis posteriores efectuados todavía el poder de asociación no se reveló significativo entre el estado civil y el *sufrimiento físico* [$F(3, 100)=1,71$, $p=0,17$, $\eta^2=0,05$], *sufrimiento sociorrelacional* [$F(3, 100)=1,10$, $p=0,12$, $\eta^2=0,06$], *sufrimiento psicológico* [$F(3, 100)=1,22$, $p=0,31$, $\eta^2=0,04$], *sufrimiento existencial* [$F(3, 100)=0,82$, $p=0,49$, $\eta^2=0,02$] y *experiencias positivas del sufrimiento* [$F(3, 100)=2,40$, $p=0,07$, $\eta^2=0,07$].

En cuanto a la *escolaridad*, los resultados de las pruebas multivariadas indicaron un efecto significativo de la escolaridad en las dimensiones del *sufrimiento* [$F(15, 294)=2,85$, $p=0,00$, $\eta^2=0,13$]. Las pruebas de efectos entre sujetos indicaron diferencias significativas a nivel del *sufrimiento físico* [$F(3, 100)=7,61$, $p=0,00$, $\eta^2=0,19$], del *sufrimiento psicológico* [$F(3, 100)=2,34$, $p=0,01$, $\eta^2=0,11$], del *sufrimiento existencial* [$F(3, 100)=3,53$, $p=0,02$, $\eta^2=0,10$], y de las *experiencias positivas del sufrimiento* [$F(3, 100)=5,98$, $p=0,00$, $\eta^2=0,15$]. La escolaridad no tiene en esta muestra un efecto significativo en relación con el *sufrimiento sociorrelacional* [$F(3, 100)=2,34$, $p=0,08$, $\eta^2=0,07$]. Por tanto, la H3 queda parcialmente confirmada.

Tabla 3*Diferencias de medias y desvío patrón de las dimensiones del sufrimiento en función de la escolaridad*

DS	Grupos de escolaridad												Dif.
	1			2			3			4			
	M	DP	IC a 95 %	M	DP	IC a 95 %	M	DP	IC a 95 %	M	DP	IC a 95 %	
F	2,56	1,01	[2,02, 3,11]	2,47	0,84	[2,29, 2,66]	2,17	0,64	[1,77, 2,56]	1,42	0,28	[1,01, 1,83]	4<1,2
P	2,56	0,84	[2,00, 3,11]	2,70	0,81	[2,51, 2,89]	2,71	0,86	[2,31, 3,12]	1,91	0,57	[1,49, 2,33]	4<2
SR	2,23	0,63	[1,63, 2,83]	2,97	0,84	[2,76, 3,18]	2,93	1,05	[2,50, 3,37]	2,58	0,79	[2,13, 3,04]	n.s.
E	2,26	0,75	[1,76, 2,75]	2,48	0,75	[2,31, 2,60]	2,30	0,71	[1,95, 2,67]	1,81	0,31	[1,44, 2,19]	4<2
EP	2,15	0,70	[1,57, 2,73]	2,77	0,85	[2,57, 2,97]	2,83	0,93	[2,40, 3,25]	3,60	0,60	[3,16, 4,04]	4>1,2

Nota. DS=Dimensiones del sufrimiento, F=Sufrimiento físico; P=Sufrimiento psicológico; SR=Sufrimiento socio-relacional; E=Sufrimiento existencial; EP=Experiencias positivas.

Grupos de escolaridad: 1= No asistió a la escuela; 2=Educación primaria (equivalente a 3º E.S.O. en España), 3=Educación secundaria (equivalente a 4º E.S.O. y Bachillerato en España); 4=Educación superior

Las diferencias registradas presentan una significancia estadística de $p \leq .05$; n.s. no significativo

Con el objetivo de probar la H3 – *se postula que la experiencia de sufrimiento en la enfermedad difiere de forma estadísticamente significativa en función de las variables clínicas: estadio, síntomas, tratamiento, cirugía y pronóstico*, se efectuó un análisis de varianza multivariada (MANOVA), teniendo como variables dependientes las cinco dimensiones del sufrimiento del IESSD y como variable independiente cada una de las variables clínicas. Como criterio de significancia se recurrió al Chi-cuadrado (χ^2) a 10 % ($p \leq 0,01$).

No se encontraron efectos estadísticamente significativos del *estadio de la enfermedad* [$F(10,18)=0,76$, $p=0,67$, $\eta^2=0,04$], *síntoma físico dolor* [$F(5, 96)=1,18$, $p=0,32$, $\eta^2=0,06$], *síntoma físico astenia* [$F(5,96)=1,35$, $p=0,25$, $\eta^2=0,07$], *otros síntomas* [$F(5,96)=1,02$, $p=0,41$, $\eta^2=0,05$], *tipo de tratamiento* [$F(15, 29)=0,82$, $p=0,65$, $\eta^2=0,04$], *pronóstico* [$F(10, 19)=1,40$, $p=0,18$, $\eta^2=0,07$] en las dimensiones del sufrimiento.

No obstante, las pruebas multivariadas demuestran que el *síntoma físico disminución de la funcionalidad* ejerce un efecto estadísticamente significativo [$F(5,96)=4,09$, $p=0,00$, $\eta^2=0,18$] en el *sufrimiento*, especialmente en las dimensiones

física [$F(1,100)=9,10$, $p=0,00$, $\eta^2=0,08$] y *experiencias positivas* [$F(1,100)=6,48$, $p=0,01$, $\eta^2=0,06$]. Esto no se comprueba en las demás dimensiones del sufrimiento: *sociorrelacional* [$F(1,100)=1,19$, $p=0,28$, $\eta^2=0,01$], *psicológico* [$F(1,100)=2,95$, $p=0,09$, $\eta^2=0,03$], y *existencial* [$F(1,100)=0,37$, $p=0,55$, $\eta^2=0,00$], los efectos no se revelan significativos.

Asimismo, se encontró un efecto significativo del *tipo de cirugía* [$F(15,25)=2,13$, $p=0,01$, $\eta^2=0,11$] en la variable *sufrimiento*. Y esto solamente es significativo en la dimensión *experiencias positivas del sufrimiento* [$F(3,85)=6,38$, $p=0,00$, $\eta^2=0,18$]. En las demás dimensiones: *sufrimiento físico* [$F(3,89)=0,68$, $p=0,57$, $\eta^2=0,02$], *sociorrelacional* [$F(3,89)=1,06$, $p=0,37$, $\eta^2=0,04$], *psicológico* [$F(3,89)=1,42$, $p=0,24$, $\eta^2=0,05$] y *existencial* [$F(3,89)=0,38$, $p=0,77$, $\eta^2=0,01$], los efectos no se revelaron significativos. Así, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, nuestra hipótesis quedó parcialmente confirmada.

Por forma a probar H4 - *Se prevé que las enfermas con cáncer de la mama presenten diferente sintomatología psicopatológica*. Con tal intención, se efectuó un análisis de frecuencias y de desviación estándar de cada una de las dimensiones de síntomas psicopatológicos del BSI. Como podemos observar en la tabla 4, los cuadros sintomatológicos que revelan mayores índices en la población estudiada son: la *ansiedad*, la que registra un valor más elevado ($M=2,46$, $DP=0,83$), seguido del *Obsesión-compulsión* ($M= 2,27$, $DP=0,78$), *somatización* ($M=2,22$, $DP=0,72$) y *depresión* ($M=2,05$, $DP=0,84$).

Atendiendo a la intensidad de los *síntomas psicopatológicos* evaluados por el BSI, de 0 a 4, donde 0 revela la ausencia de síntoma, 1 pocas veces, 2 algunas veces, 3

muchas veces, y 4 presencia recurrente del síntoma, podemos concluir que los síntomas más frecuentes son de severidad ligera con tendencia a moderada.

Tabla 4

Media y desvío patrón de los síntomas psicopatológicos de las pacientes con cáncer de mama

Síntomas psicológicos	N=104			
	Mínimo	Máximo	M	DP
<i>Somatización</i>	1,00	3,71	2,22	0,72
<i>Depresión</i>	1,00	4,00	2,05	0,84
<i>Hostilidad</i>	1,00	3,20	1,80	0,55
<i>Ansiedad fóbica</i>	1,00	3,20	1,60	0,61
<i>Psicoticismo</i>	1,00	4,00	1,63	0,64
<i>Paranoide</i>	1,00	3,80	1,86	0,68
<i>Obsesión-compulsión</i>	1,00	4,50	2,27	0,78
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	1,00	4,00	1,89	0,76
<i>Ansiedad</i>	1,00	5,40	2,46	0,83
<i>IGS</i>	0,96	4,49	1,87	0,54
<i>TSP</i>	1,19	27,50	4,51	4,30
<i>ISP</i>	2,00	146,00	34,31	24,56

Asimismo, intentamos investigar si existían diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes con cáncer de mama observadas a nivel de las dimensiones de los *síntomas psicopatológicos*. Para ello, se efectuaron *pruebas-t* para muestras emparejadas, comparando cada una de las dimensiones con las demás, obteniendo un total de 36 comparaciones de pares de resultados dimensionales. Teniendo en cuenta los resultados documentados, podemos afirmar que las pacientes con cáncer de mama de la muestra presentan significativamente más *ansiedad* que los demás síntomas evaluados por el BSI. Toda la estadística puede consultarse en la tabla 5.

Tabla 5

Diferencias de medias y desviación estándar de los pares formados para las dimensiones de los síntomas psicopatológicos

Pares dimensiones	<i>N=104</i>					
						95 %
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>IC</i>	η^2
Par 1						
<i>Somatización</i>	2,22	0,72	2,12	0,04	[-0,04, 0,38]	0,04
<i>Depresión</i>	2,05	0,84				
Par 2						
<i>Somatización</i>	2,22	0,72	5,66	0,00	[0,22, 0,61]	0,23
<i>Hostilidad</i>	1,80	0,55				
Par 3						
<i>Somatización</i>	2,22	0,72	9,92	0,00	[0,43, 0,80]	0,44
<i>Ansiedad fóbica</i>	1,61	0,60				
Par 4						
<i>Somatización</i>	2,22	0,72	7,74	0,00	[0,39, 0,80]	0,37
<i>Psicoticismo</i>	1,63	0,64				
Par 5						
<i>Somatización</i>	2,22	0,72	4,60	0,00	[0,16, 0,57]	0,17
<i>Paranoide</i>	1,86	0,68				
Par 6						
<i>Somatización</i>	2,22	0,72	-,73	0,47	[-0,23, 0,13]	0,01
<i>Obsesión-compulsión</i>	2,27	0,78				
Par 7						
<i>Somatización</i>	2,22	0,72	4,11	0,00	[0,12, 0,55]	0,14
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	1,89	0,76				
Par 8						
<i>Somatización</i>	2,22	0,72	-3,37	0,00	[-0,42, -0,05]	0,10
<i>Ansiedad</i>	2,46	0,83				
Par 9						
<i>Depresión</i>	2,05	0,84	3,34	0,00	[0,05, 0,44]	0,10
<i>Hostilidad</i>	1,80	0,55				
Par 10						
<i>Depresión</i>	2,05	0,84	5,98	0,00	[0,25, 0,64]	0,37
<i>Ansiedad fóbica</i>	1,61	0,61				
Par 11						
<i>Depresión</i>	2,05	0,84	6,90	0,00	[0,26, 0,59]	0,32
<i>Psicoticismo</i>	1,63	0,64				
Par 12						
<i>Depresión</i>	2,05	0,84	2,65	0,01	[0,00, 0,38]	0,06
<i>Paranoide</i>	1,86	0,68				
Par 13						
<i>Depresión</i>	2,05	0,84	-3,34	0,00	[-0,39, -0,05]	0,10
<i>Obsesión-compulsión</i>	2,27	0,78				
Par 14						
<i>Depresión</i>	2,05	0,84	2,43	0,02	[-0,01, 0,34]	0,05
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	1,89	0,76				
Par 15						
<i>Depresión</i>	2,05	0,84	-5,98	0,00	[-0,58, -0,23]	0,26
<i>Ansiedad</i>	2,46	0,83				
Par 16						
<i>Hostilidad</i>	1,80	0,55	3,11	0,00	[0,03, 0,36]	0,09
<i>Ansiedad fóbica</i>	1,61	0,61				
Par 17						
<i>Hostilidad</i>	1,80	0,55	3,24	0,00	[0,03, 0,32]	0,09
<i>Psicoticismo</i>	1,63	0,64				
Par 18						
<i>Hostilidad</i>	1,80	0,55	0,92	0,36	[-0,22, 0,11]	0,01
<i>Paranoide</i>	1,86	0,68				
Par 19						
<i>Hostilidad</i>	1,80	0,55	-6,74	0,00	[-0,65, -0,29]	0,31
<i>Obsesión-compulsión</i>	2,27	0,78				
Par 20						
<i>Hostilidad</i>	1,80	0,55	-1,31	0,19	[-0,25, 0,08]	0,12
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	1,89	0,76				

Par 21						
<i>Hostilidad</i>	1,80	0,55	-8,68	0,00	[-0,85, -0,45]	0,42
<i>Ansiedad</i>	2,46	0,83				
Par 22						
<i>Ansiedad fóbica</i>	1,61	0,61	-0,31	0,76	[-0,17, 0,13]	9,08
<i>Psicoticismo</i>	1,63	0,64				
Par 23						
<i>Ansiedad fóbica</i>	1,61	0,61	-3,87	0,00	[-0,43, -0,08]	0,13
<i>Paranoide</i>	1,86	0,68				
Par 24						
<i>Ansiedad fóbica</i>	1,61	0,61	-9,64	0,00	[-0,85, -0,48]	0,47
<i>Obsesión-compulsión</i>	2,27	0,78				
Par 25						
<i>Ansiedad fóbica</i>	1,61	0,61	-4,26	0,00	[-0,45, -0,11]	0,15
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	1,89	0,76				
Par 26						
<i>Ansiedad fóbica</i>	1,61	0,61	-12,52	0,00	[-1,03, -0,67]	0,60
<i>Ansiedad</i>	2,46	0,83				
Par 27						
<i>Psicoticismo</i>	1,63	0,64	-3,72	0,00	[-0,40, -0,07]	0,12
<i>Paranoide</i>	1,86	0,68				
Par 28						
<i>Psicoticismo</i>	1,63	0,64	-9,12	0,00	[-0,83, -0,46]	0,45
<i>Obsesión-compulsión</i>	2,27	0,78				
Par 29						
<i>Psicoticismo</i>	1,63	0,64	-4,31	0,00	[-0,42, -0,10]	0,15
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	1,89	0,76				
Par 30						
<i>Psicoticismo</i>	1,63	0,64	-13,36	0,00	[-0,99, -0,67]	0,63
<i>Ansiedad</i>	2,46	0,83				
Par 31						
<i>Paranoide</i>	1,86	0,68	-5,67	0,00	[-0,60, -0,22]	0,24
<i>Obsesión-compulsión</i>	2,27	0,78				
Par 32						
<i>Paranoide</i>	1,86	0,68	-0,47	0,64	[-0,17, 0,12]	0,00
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	1,89	0,76				
Par 33						
<i>Paranoide</i>	1,86	0,68	-8,39	0,00	[-0,78, -0,41]	0,41
<i>Ansiedad</i>	2,46	0,83				

Con el objetivo de probar la H5 – *se prevé que la sintomatología psicopatológica de las pacientes con cáncer de mama difiere de forma estadísticamente significativa en función de las variables sociodemográficas: edad, estado civil y escolaridad.*

Las pruebas multivariadas no indicaron efectos estadísticamente significativos entre la *edad* [$F(27, 28)=0,82, p=0,73, \eta^2=0,07$] y el *estado civil* [$F(27, 28)=0,80, p=0,75, \eta^2=0,07$] y las dimensiones de la *sintomatología psicopatológica* en la muestra de pacientes con cáncer de mama estudiadas. Solamente la *escolaridad* reveló un efecto significativo en la *sintomatología psicopatológica* de las pacientes observadas [$F(27,$

28)=1,87, $p=0,01$, $\eta^2=0,15$]. Estas pruebas *post hoc* demostraron que la *somatización* es la dimensión sintomatológica que más diferencias presenta en función de la *escolaridad* de las pacientes [$F(2, 100)=4,47$, $p=0,01$, $\eta^2=0,12$].

El análisis estadístico demuestra que las pacientes con cáncer de mama que *no asistieron a la escuela* (M=2,61, DP=0,59), $p=0,02$, IC 95 % [2,12, 3,09] y las que terminaron la *educación primaria* (equivalente a 3º E.S.O. en España) (M=2,27; DP=0,72), $p=0,03$, IC 95 % [2,10, 2,43] presentan valores significativamente superiores de *somatización* en comparación con las pacientes con *formación académica superior* (M=1,28, DP=0,63), IC 95 % [1,28, 2,01]. Así pues, en función de los resultados obtenidos, podemos afirmar que la H5 quedó parcialmente confirmada.

A fin de probar la H6 – *se espera que la sintomatología psicopatológica difiera de forma estadísticamente significativa en función de las variables clínicas: estadio, pronóstico, síntomas, tratamiento y cirugía*. No se encontraron efectos estadísticamente significativos en las pruebas multivariadas de ninguna de las variables clínicas en las dimensiones de *síntomas psicopatológicos*, a saber: *estadio* [$F(18, 17)=1,46$, $p=0,11$, $\eta^2=0,13$], *cirugía* [$F(27, 24)=1,13$, $p=0,31$, $\eta^2=0,11$], *pronóstico* [$F(18, 18)=1,11$, $p=0,34$, $\eta^2=0,01$], *síntoma dolor* [$F(9, 92)=0,26$, $p=0,98$, $\eta^2=0,03$], *síntoma astenia* [$F(9,92)=1,70$, $p=0,10$, $\eta^2=0,14$], *síntoma disminución de la funcionalidad* [$F(9,92)=1,13$, $p=0,35$, $\eta^2=0,10$], *otros síntomas* [$F(9,92)=0,21$, $p=0,10$, $\eta^2=0,02$]. En conformidad con los resultados obtenidos, la H5 no quedó confirmada.

Asimismo, pretendimos observar si la experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad y la sintomatología psicopatológica se relacionan en pacientes con cáncer de mama estudiadas. Con tal objetivo se realizó un análisis correlacional bivariado. El análisis estadística permitió comprobar la existencia de relación positiva significativa

entre todas las dimensiones del IESSD y todas las dimensiones del BSI, a excepción de la dimensión experiencias positivas de sufrimiento, en la que únicamente se registró una relación significativa en el sentido inverso con las dimensiones psicopatológicas: *somatización* ($r=-0,21$, $p<0,05$), *depresión* ($r=-0,34$, $p<0,01$), *hostilidad* ($r=-0,25$, $p<0,05$), *índice general de síntomas* ($r=-0,25$, $p<0,05$), *total de síntomas positivos* ($r=-0,20$, $p<0,05$), *índice síntomas positivos* ($r=-0,20$, $p<0,05$).

Tabla 6

Matriz de correlación bivariada de Perason entre las dimensiones del IESSD y las dimensiones del BSI

<i>Dimensiones BSI</i>	N=104				
	<i>Dimensiones IESSD</i>				
	<i>Físico</i>	<i>Psicológico</i>	<i>Sociorrelacional</i>	<i>Existencial</i>	<i>Experiencias positivas</i>
<i>Somatización</i>	0,61**	0,49**	0,25**	0,46**	-0,21*
<i>Depresión</i>	0,48**	0,64**	0,42**	0,56**	-0,34**
<i>Ansiedad</i>	0,47**	0,63**	0,41**	0,53**	-0,17
<i>Ansiedad fóbica</i>	0,34**	0,44**	0,22**	0,34**	-0,02
<i>Hostilidad</i>	0,27**	0,38**	0,31**	0,41**	-0,21*
<i>Psicoticismo</i>	0,30**	0,47**	0,45**	0,47**	-0,15
<i>Ideas paranoides</i>	0,26**	0,41**	0,29**	0,36**	-0,15
<i>Obsesivo-compulsivo</i>	0,59**	0,59**	0,44**	0,59**	-0,13
<i>Sensibilidad interpersonal</i>	0,35**	0,48**	0,38**	0,56**	-0,12
<i>IGS</i>	0,57**	0,69**	0,48**	0,65**	-0,25*
<i>ISP</i>	0,45**	0,59**	0,41**	0,56**	-0,20*
<i>TSP</i>	0,45**	0,59**	0,41**	0,56**	-0,20*

Nota: IGS – Índice General de Síntomas; ISP – Índice de Síntomas Positivos; TSP – Total de Síntomas Positivos
* $p=0,05$ ** $p=0,01$

A fin de probar la H7 – se postula que la experiencia de sufrimiento en la enfermedad contribuye al agravamiento de la severidad de la sintomatología psicopatológica. Se efectuaron tres regresiones múltiples estándar, a fin de determinar cuál es el mejor indicador predictivo, entre las cinco *dimensiones del sufrimiento* en relación con cada uno de los *índices de síntomas psicopatológicos*. La predicción del *índice total de síntomas positivos* a partir de las dimensiones del *sufrimiento físico, psicológico, sociorrelacional, existencial y experiencias positivas del sufrimiento* revelan la existencia de un modelo significativo $F(5, 98)=14,35$, $p<0,05$, explicando el 42 % de la varianza del *índice total de síntomas positivos* ($R^2 = 0,42$). A su vez, el

análisis de los coeficientes de regresión demostró que ninguno de los indicadores predictivos por sí era estadísticamente significativo para el modelo probado. Esto quedó demostrado en relación con el *índice de síntomas positivos*, indicando que el modelo es significativo para las cinco *dimensiones del sufrimiento* $F(5, 98)=5,77, p<0,05$, explicando el 23 % de la varianza del *índice síntomas positivos* ($R^2 = 0,23$). En cuanto al *índice general de síntomas*, los resultados también indicaron que el modelo es significativo $F(5, 98)=21,72, p<0,05$, explicando el 53 % de la varianza del *índice general de síntomas* ($R^2 = 0,53$). Y solamente en este índice el análisis de los coeficientes reveló que el *sufrimiento psicológico* contribuye con peso estadísticamente significativo a la varianza del *índice general de síntomas* ($\beta=0,32, p<0,05$). Frente a los resultados presentados, podemos afirmar que la hipótesis 7 queda parcialmente confirmada.

Por último, con el objetivo de probar la H8 – *se prevé que es posible trazar un perfil psicológico de las pacientes con cáncer de mama estudiadas*. Se procedió a construir clústeres relativos a la *severidad de la sintomatología psicopatológica*, apoyándose el análisis de clústeres en el método combinatorio, especificando los centroides a partir del método jerárquico (Ward's method y Squared Euclidean Distance), que posteriormente constituyeron el soporte para la aplicación del método No-Jerárquico (K-Means Cluster Analysis). Únicamente se probó una solución en tres grupos, es decir, la posibilidad de que existan grupos con severidad baja, moderada y elevada, teniendo en cuenta la literatura revisada y la experiencia clínica con pacientes con cáncer de mama.

Los tres patrones resultantes se evaluaron con ayuda de ANOVAs (One-way). Los resultados confirmaron la hipótesis de los tres grupos sintomatológicos.

Las pruebas *post hoc* indicaron que las pacientes con cáncer de mama estudiadas presentan diferencias de medias estadísticamente significativas en los tres *grupos de severidad* en las nueve *dimensiones de síntomas psicopatológicos*. Los tres grupos difieren significativamente entre sí en los síntomas *Obsesión-compulsión, depresión, ansiedad y sensibilidad interpersonal* ($p=0,00$), donde las pacientes de la muestra del *grupo de severidad elevada* registran valores superiores en estos síntomas [(M=3,43, DP=0,18), (M=3,37, DP=0,18), (M=3,22, DP=0,15), (M=3,17, DP=0,17), respectivamente], en comparación con las del *grupo de severidad media* [(M=2,58, DP=0,09), (M=2,58, DP=0,09), (M=2,43, DP=0,07), (M=2,30, DP=0,08), respectivamente] y las del *grupo de baja severidad* [(M=1,69, DP=0,07), (M=1,49, DP=0,07), (M=1,60, DP=0,06), (M=1,41, DP=0,07), respectivamente]. La tabla 7 presenta el análisis de resultados realizado.

Tabla 7
Clústeres de severidad relativos a las dimensiones de los síntomas psicopatológicos

SP	Clústeres de severidad										
	1			2			3			Dif.	p
	M	DP	95 % IC	M	DP	95 % IC	M	DP	95 % IC		
S	1,85	0,08	[1,69-1,98]	2,58	0,09	[2,41-2,78]	3,05	0,19	[2,67-3,43]	1<2,3	0,00
OC	1,69	0,07	[1,56-1,83]	2,58	0,09	[2,41-2,75]	3,43	0,18	[3,09-3,77]	1<2,3 2<3	0,00 0,00
SI	1,41	0,07	[1,28-1,54]	2,30	0,08	[2,14-2,47]	3,17	0,17	[2,83-3,58]	1<2,3 2<3	0,00 0,00
D	1,49	0,07	[1,35-1,63]	2,58	0,09	[2,41-2,75]	3,37	0,18	[3,02-3,72]	1<2,3 2<3	0,00 0,00
A	1,60	0,06	[1,48-1,72]	2,43	0,07	[2,29-2,58]	3,22	0,15	[2,93-3,52]	1<2,3 2<3	0,00 0,00
H	1,49	0,06	[1,38-1,60]	2,10	0,07	[1,96-2,23]	2,33	0,14	[2,05-2,62]	1<2,3	0,00
AF	1,31	0,06	[1,20-1,42]	1,77	0,07	[1,63-1,91]	2,82	0,14	[2,54-3,10]	1<2,3 2<3	0,00 0,00
Pa	1,52	0,07	[1,38-1,67]	2,15	0,09	[1,97-2,32]	2,80	0,18	[2,16-2,44]	1<2,3 2<3	0,00 0,01
Ps	1,31	0,06	[1,18-1,43]	1,83	0,08	[1,68-1,98]	2,80	0,17	[2,49-3,11]	1<2,3 2<3	0,00 0,00

Nota: 1. baja severidad, 2. severidad media, 3. severidad alta; Dif. Sentido de las diferencias; SP. Síntomas psicopatológicos; S. somatización; OC. Obsesión-compulsión; SI. sensibilidad interpersonal; D. depresión; A. ansiedad; H. hostilidad; AF. ansiedad fóbica; Pa. paranoia; Ps. psicoticismo; $p<.05$

En lo que respecta a los grupos de clústeres del *sufrimiento*, las pruebas *post hoc* revelaron diferencias significativas entre los *grupos de severidad* en todas las

dimensiones del sufrimiento. En las pacientes de la muestra, el *sufrimiento sociorrelacional* alcanza valores más expresivos en el grupo de *severidad elevada* (M=3,89, DP=0,26) en comparación con los grupos de *severidad media* (M=3,03, DP=0,13) y *baja* (M=2,58, DP=0,11), por lo que la diferencia estadísticamente significativa entre los tres grupos es ($p=0,00$, $p=0,03$, $p=0,02$, respectivamente). Los resultados en relación con las demás dimensiones pueden consultarse en la tabla 8.

Tabla 8

Clústeres de severidad relativos a las dimensiones del sufrimiento

<i>DS</i>	Clústeres de severidad									<i>Dif.</i>	<i>p</i>
	1			2			3				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>95 % IC</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>95 % IC</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>95 % IC</i>		
F	1,88	0,10	[1,70-2,07]	2,73	0,12	[2,50-2,96]	3,06	0,24	[2,58-3,53]	1<2,3	0,00
P	2,10	0,08	[1,94-2,27]	3,12	0,10	[2,91-3,32]	3,40	0,21	[2,98-3,82]	1<2,3	0,00
SR	2,58	0,11	[2,37-2,78]	3,03	0,13	[2,78-3,28]	3,89	0,26	[2,37-4,41]	1<2,3 2<3	0,00 0,00
E	1,99	0,08	[1,83-2,15]	2,67	0,10	[2,48-2,86]	3,24	0,20	[2,85-3,64]	1<2,3 2<3	0,00 0,04
EPS	3,03	0,12	[2,80-3,26]	2,56	0,14	[2,29-2,84]	2,82	0,29	[2,25-3,40]	1>2	0,04

Nota: 1. Baja severidad, 2. Severidad media, 3. Severidad elevada; *Dif.*: Sentido de las diferencias; *DS*: Dimensiones del sufrimiento; F. Sufrimiento físico; P. Sufrimiento psicológico; SR. Sufrimiento sociorrelacional; E. Sufrimiento existencial; EPS. Experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad.

II.3.- Conclusiones y discusión

Como preveía la H1, el sufrimiento acompaña a la experiencia de enfermedad de las pacientes con cáncer de mama estudiadas. En las pacientes estudiadas, el sufrimiento es mayor a nivel sociorrelacional, seguido del sufrimiento psicológico, donde esta diferencia es estadísticamente significativa. Esto indica que la experiencia de enfermedad provoca en estas pacientes importantes cambios afectivos y relaciones y cambios sociolaborales; cambios emocionales, cognitivos, comportamentales y en la identidad personal, más expresivas y valorativas en su representación y evaluación subjetiva, que el dolor y la incomodidad física o las preocupaciones existenciales.

Así pues, los resultados señalan, como indica Bayés (1998^b), que el sufrimiento no se limita a la dimensión física, sino que se extiende a otras dimensiones de la persona igualmente significativas. Pérdida y sufrimiento están relacionados. La experiencia de enfermedad conlleva pérdidas varias (McIntyre, 2004). En el caso de las pacientes evaluadas, las pérdidas parecen hacerse sentir fundamentalmente a nivel de la relación corporal, corporalidad, sexualidad, relaciones interpersonales, íntimas y afectivas, desempeño de actividades y roles profesionales, ocupacionales, entre otros papeles sociales. La carga afectiva asociada a las significaciones asignadas a las pérdidas desencadenan, a su vez, el sufrimiento psicológico (McIntyre, 2004). Nuestros resultados corroboran así otros estudios en los que el sufrimiento sociorrelacional y psicológico presentan una intensidad elevada (Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2010; Pereira, 2008; Ribeiro, Cunha & Pereira, 2012; Silva 2008).

Al contrario de lo esperado (H2), únicamente la escolaridad ejerce una influencia en la experiencia de sufrimiento en la enfermedad, en todas las dimensiones

salvo en el sufrimiento sociorrelacional. Así pues, la escolaridad parece ser una variable diferenciadora en la forma en que se afronta el proceso de enfermedad. La formación superior podrá proporcionar a las pacientes competencias para lidiar con la situación de enfermedad (afrontamiento); mientras que en las pacientes con menos estudios, la intensidad superior del sufrimiento podrá estar explicada por la escasez de recursos intelectuales, susceptibles de influir en las cogniciones de enfermedad, en la forma en que esta se representa y por las estrategias empleadas para hacerle frente.

Asimismo, al contrario de lo que cabía esperar, teniendo en cuenta la H3, no quedó demostrado que las variables clínicas influyan en la experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad en las mujeres con cáncer de mama estudiadas, como indica la literatura sobre sufrimiento consultada (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Bento, 2000; Gameiro, 1999; McIntyre, 2004; Shofield et al., 2003). Solamente la disminución de la funcionalidad tiene efectos estadísticamente significativos en el sufrimiento físico y en las experiencias positivas. O dicho de otro modo, la pérdida de capacidades físicas derivada de la enfermedad y de los tratamientos, a saber, la mastectomía (si es radial, con pérdida de fuerza en el brazo del lado de la mama extirpada) y quimioterapia (náuseas, vómitos, cefaleas, dolores en el cuerpo, debilidad muscular, entre otros), limitan la autonomía funcional, provocando sufrimiento físico. El tipo de cirugía parece ejercer una influencia significativa en las experiencias positivas de sufrimiento en la enfermedad. Las pacientes que no se sometieron a cirugía se encuentran más positivas frente a la experiencia de enfermedad. Al evitar la extirpación de la mama, conservan la imagen corporal, sexualidad, femineidad, autoestima, y la calidad de las relaciones íntimas y sociales (Dias et al., 2001; Rodrigues et al., 2012, Rojas-May, 2007; Santos, 1999; Sendersky et al, 2002).

Los síntomas psicopatológicos con mayores prevalencia fueron: la ansiedad, que registró el valor más expresivo, seguida del Obsesión-compulsión, la somatización y, en cuarto lugar, la depresión. Se confirma, tal como indica la literatura revisada, que las mujeres con cáncer de mama evaluadas presentan dos de los cuadros sintomáticos más frecuentes en la población oncológica en general (Akechi et al, 2004; Mitchell et al, 2012; Raison & Miller, 2003; Ritterband & Spielberger, 2001; Tavares, 1999; Vasquez et al., 1998) y en la de mama en particular (Eping-Jordan et al, 1999; Fernandes & McIntyre, 2002; Graner et al, 2008; Green et al, 2000; Golden-Kreutz & Anderson, 2008; Jacobs & Bovassos, 2000; Moreira et al, 2008; Payne et al, 1999; Teng et al, 2005; Torres et al, 2010). Asimismo, en conformidad con la revisión literaria efectuada, la ansiedad registra índices superiores a la depresión en la muestra de mujeres con cáncer de mama estudiada (Burgess et al., 2005; Derogatis et al., 1983; Fernandes, 2009; Gallagher et al, 2001; Graner et al, 2008; Lueboonthavatchay, 2007; Patrão & Leal, 2004; Tapadinhas, 2004; Torres et al., 2010). Confirmándose así H4.

Las pacientes de nuestra muestra revelaron niveles elevados del Obsesión-compulsión, que ocupa el segundo lugar de los síntomas con mayor prevalencia. Se trata de un cuadro sintomatológico no señalado en la literatura como asociado al patrón de sintomatología psicopatológica frecuente en los pacientes oncológicos en general. Solamente Tavares (1999) describe el Obsesión-compulsión como uno de los trastornos de personalidad susceptible de encontrarse en los pacientes con cáncer. Forner et al. (1986) ya había encontrado el cuadro sintomático en pacientes con cáncer de mama. Patrão e Leal (2004) encuentran trazos de organización en pacientes con neoplasia de mama.

En lo que respecta a la influencia de las variables sociodemográficas, al contrario de lo previsto (H5), al igual que lo que sucede con el sufrimiento, solamente la

escolaridad reveló tener efectos significativos en el síntoma somatización. La escolaridad podrá conferir a las pacientes el desarrollo de las mejores competencias para lidiar con la enfermedad, especialmente en la búsqueda de información y apoyo instrumental sobre la enfermedad, y una mejor capacidad de comunicación con los profesionales de la salud sobre el cuadro clínico de esta, implicándose de forma más activa en los procedimientos terapéuticos, evidencian menos síntomas psicopatológicos, consiguiendo una mejor adaptación a la experiencia de enfermedad, y esto se refleja en una tendencia menor a la manifestación del síntoma.

Tampoco se observaron efectos de las variables clínicas en la variación de la sintomatología psicopatológica en las pacientes con cáncer de mama observadas, como está previsto en la H7. Aún así, referencias en la literatura asocian mayores índices de depresión a los efectos de los tratamientos (quimioterapia y mastectomía) (Maison & Miller, 2003; Mitchell et al., 2012), y quejas de dolor (Mitchell et al., 2012; Pimenta et al., 2000). En pacientes con cáncer de mama, en concreto, la morbilidad psicopatológica presenta variaciones en función de la fase del proceso de la enfermedad. La fase de diagnóstico es un periodo crítico, favorable a la manifestación de ansiedad, principalmente, pero también de depresión (Burgess et al., 2005; Fernandes, 2009; Graner et al., 2008; Moreira et al., 2008). La fase de tratamientos (quimioterapia y cirugía) también es propensa a una mayor ansiedad (Fernandes, 2009; Green et al., 2000). El tipo de cirugía ejerce una influencia preponderante en la relevancia de la sintomatología psicopatológica. Pacientes mastectomizadas presentan niveles superiores de depresión (Granz et al., 1992; Maraste et al., 1992; Montgomery & Bovbjerg, 2004). No obstante, tal afirmación no quedó demostrada en nuestro estudio.

Se comprobó que la experiencia subjetiva de sufrimiento en la enfermedad y la sintomatología psicopatológica se relacionaban en todas las dimensiones en las

pacientes con cáncer de mama de la muestra estudiada. La correlación estadísticamente significativa entre sufrimiento psicológico y depresión, ansiedad y los tres de severidad, podrá ser indicador de posibles niveles elevados de sufrimiento psicológico que puedan contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, la previsibilidad de que el sufrimiento contribuya al agravamiento de la sintomatología psicopatológica no quedó demostrada (H7).

Por último, el perfil de severidad del sufrimiento de las pacientes con cáncer de mama estudiadas se caracteriza por un mayor sufrimiento sociorrelacional y psicológico (H8). De este modo, conseguimos obtener un patrón de sufrimiento asociado al cáncer de mama que coincide con las características de la enfermedad y de los tratamientos, así como del correspondiente impacto a nivel psicosocial y existencial. La neoplasia de la mama por el órgano implicado tan asociado a la condición sexual femenina (Borbeau, 2009; Michelena, 2010; Milsztjns, 2010; Pereira, 2008; Santos, 1999), en comparación con otros tipos de cáncer en la mujer, tiene un impacto añadido en la corporalidad, femineidad, sexualidad, y repercute en las relaciones interpersonales, íntimas y sexuales (Barros, 2008; Dias, Costa, Jiménez & Pais-Ribeiro, 2019; Manuel, Xavier & Costa, 2001; Faria & Xarepe, 2000; Pereira, 2008; Silva, 2008).

El perfil de severidad de la sintomatología de las pacientes con cáncer de mama observadas se caracteriza por niveles más elevados de Obsesión-compulsión y depresión, desviándose un poco de los resultados obtenidos en los estudios de las medias y desviación estándar. De este modo, nuestros resultados, siguiendo las descripciones de los estudios consultados, parecen comprobar que el cuadro depresivo constituye una respuesta emocional frecuente en mujeres con cáncer de mama, frente a los cambios y pérdidas sufridas con la experiencia de enfermedad (Fernandes, 2009;

Gallagher, et al.2002; Hall, et al., 1999; Manaste, et al., 1992; Montazer, et al., 2001; Okanura, et al., 2005; Raison & Miller, 2003; Tapadinhas, 2004; Torres, et al., 2010).

En cuanto al Obsesión-compulsión, los resultados obtenidos no nos permiten sacar conclusiones. Sin embargo, podrán abrir nuevos caminos para la pertinencia de investigar en el futuro la prevalencia del síntoma o Obsesión-compulsión en pacientes con cáncer de mama, en dos direcciones principales: (1) existencia de personalidad previa obsesivo-compulsiva en mujeres con cáncer de mama, (2) prevalencia del Obsesión-compulsión derivado de la aparición del cáncer de mama, a fin de investigar si se trata del tercer cuadro clínico del grupo de los trastornos de la ansiedad (ansiedad y estrés) con mayor prevalencia, junto con los trastornos del humor (depresión), con mayor prevalencia en el cáncer de mama, y en los pacientes oncológicos en general.

A modo de conclusión, consideramos que los resultados de este trabajo suponen importantes contribuciones a los ámbitos científico y clínico. Por un lado, quedó demostrada la relevancia del estudio del sufrimiento en la experiencia subjetiva del paciente, en una perspectiva «despatologizada», en la que el sufrimiento experiencial se distingue del sufrimiento psicopatológico. Por otro lado, conseguimos trazar un perfil de morbilidad psicológica en términos de sufrimiento y sintomatología psicopatológica, que nos permite conocer mejor la salud mental derivada de la experiencia de enfermedad de las pacientes con cáncer de mama. A nuestro modo de ver, estas observaciones ofrecen indicaciones que no deben ser ignoradas en la prestación de cuidados sanitarios a las pacientes oncológicas de mama, tanto por los profesionales de la salud, en general, como por los psicólogos oncólogos, en particular.

En este sentido, el sufrimiento debe atenderse en contextos de enfermedad en una perspectiva global, «despatologizada» y despsicologizada, sin que sea exclusividad

de los profesionales de salud mental, pero sí una obligación de todos los profesionales de la salud durante la prestación de los cuidados, a fin de garantizar la calidad de vida del paciente durante el proceso de enfermedad. La sintomatología psicopatológica constituye un «desvío» en el proceso de adaptación al proceso de enfermedad, cuya evaluación, diagnóstico y tratamiento, estos sí, son exclusivos de los profesionales de salud mental.

II.4. Referencias bibliográficas

- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y., & Uchitomi, Y. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *Clinical Oncology*, 22(10), 1957-1965.
- American Cancer Society (ACS) (2009), What Are the Key Statistics for Breast Cancer? Acedido a 08 de Setembro de 2009 em http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_1X_What_are_the_key_statistics_for_breast_cancer_5.asp?sitearea
- Apóstolo, J.L.A, Batista, A. C. , Macedo, C.M.C. & Pereira, E.M.R. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Referência*, 2 839, 55-64.
- Araújo-Soares, V., McIntyre, T. (2002). É possível viver apesar da dor: avaliação da eficácia de programa de intervenção psicológica multimodal em pacientes com dor crónica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 101, 112.
- Barros, A.C (2008). Câncer de Mama. In. V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M.J. B. Gomes & L. Holtz Orgs. *Temas em Psico-Oncologia* (pp.15-19). São Paulo: Summus, pp.40-45.
- Bayés, R. (1998^b). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuário de psicologia*, 29(4), 5-17.
- Bayés, R. (2000). Los tiempos de espera en medicina. *Medicina Clínica*, 114(12), 464-467.
- Bayés, R. (2002). Tiempo y enfermedad. *Estudios de Psicología*, 23(1), 100-110.
- Bayés, R. (2004). Alívio o incremento del dolor y el sufrimiento en el ámbito hospitalario: pequeños esfuerzos, grandes ganancias. In. R. Bayés (Org.). *Dolor y Sufrimiento en la práctica clínica* (pp.113-126). Barcelona: Fundación Medicina Y Humanidades.
- Bento, A. (2000). O sofrimento do doente internado em cuidados intensivos. Tese de mestrado em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, universidade do Porto.

- Bourbeau, L. (2009). *O teu corpo diz “ama-te”: a metafísica das doenças e do mal-estar*. Rio de Mouro: Círculo de Leitores.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Grahm, J., Richard, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with breast cancer: five year observation cohort study. *British Medical Journal*, 330(7493),702-705. DOI: 10.1136/bmj.38343.670868.D3
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In. M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Orgs.). *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. III) (pp. 95-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In. M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. Almeida (Orgs.). *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III) (pp.305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, A. (2008). Trastorno de ansiedade em pacientes com câncer. In. V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M.J. B. Gomes & L. Holtz (Orgs.). *Temas em Psico-Oncologia* (pp.257-270). São Paulo: Summus.
- Costa, S., Jimenez, F., & Pais-Ribeiro, J. L. (2010, Fevereiro) *Análise dos acontecimentos de vida significativos decorrentes do adoecer de cancro da mama*. Comunicação apresentada no Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa, Portugal.
- Crane, R. (2000). Cancro da Mama. In. Shirley & Otto (Orgs.). *Enfermagem em Oncologia* (pp. 89-136).Loures: Lusociência.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R., Marnow, G.R., Fetting, J., Pennan, P., Piasetsky, S., Sahmale, A.M., Henrichs, D., & Carnicke, C.L. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249(6), 751-757.
- Dias, M.R. (2005). *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Climepsi.
- Dias, M. R.; Manuel, M.; Xavier, P. & Costa, A. C. (2001). O Cancro da Mama no «seio» da família. In M.R. Dias & E. Durá (Orgs.) *Territórios da Psicologia Oncológica*. (pp. 303-320) Lisboa: Climepsi.
- Epping-Jordan, J., Campus, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G., Gerhardt, C., Primo, K., & Knag, D. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychological*, 18(4), 315-320.
- Fann, J. R., Thomas-Rich, A. M., Katon, W J., Cowley, D., Pepping, M., McGregor, B., Gralow, J. (2008). Major depression after breast cancer. A review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*, 30(2), 112-126.
- Faria, C. & Xarepe, F. (2000). Dor no peito; mal de amor. In. J. L. P. Ribeiro; I. Leal, & M.R. Dias. *Actas do 3º congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 241-252). Lisboa: ISPA

- Fernandes, S. M. R. (2009) *Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro da mama: o papel do estado emocional, das representações de doença, do otimismo e dos benefícios percebidos*. Tese de doutoramento não publicada. Doutoramento em Psicologia: área do conhecimento em Psicologia da Saúde. Universidade do Minho.
- Fernandes, S. & McInteyre, T. (2002). Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica Breve em Mulheres com Cancro da Mama. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2, 359-370.
- Freitas, C.H.B., & Souza, C.B. (2004). Dizer, não dizer, como dizer: eis a questão. In. J. Ribeiro, & I.Leal (Orgs.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.559-565). Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- Gallagher, J., Parle, M., & Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six month after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 7, 365-376.
- Gameiro, M.G.H. (2000). IESSD: um instrumento para a abordagem do sofrimento na doença. *Referência* (4), 57-66.
- Gameiro, M.G.H. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto.
- Gil, F., Sirgo, A., Lluch, P., Maté, J. & stradé, E. (2001). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. In. M. R. Dias & E. Durá (Orgs.). *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 427-452). Lisboa: Climepsi.
- Golden-Kreutz, D. M., & Anderson, B. L. (2004). Depressive symptoms after breast cancer sugery: relationships with global, cancer related, and life event stress. *Psychooncology*, 13(3), 211-220
- Graner, K.M., Cezar, L.T.S., & Teng, C.T. (2008). Trasntornos de humor em psico-oncologia. In. V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M.J. B. Gomes & L. Holtz (Orgs.) *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 243-256). São Paulo: Summus.
- Ganz, P. A., Schag, C. A., Lee, J J., Lolinsky, M. L., & Tan, S. J. (1992). Cancer rehabilitación evaluation systyem short-form (CARES-SF): a cáncer specific rehabilitation and quality of live instrument. *Cancer*, 69, 1406-1413.
- Green, B. L., Krupnick, J. L., Rowland, I., & Stern, N. (2000). Trauma history as predictive of psychologic symptoms in woman with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 18(5), 1084-1093.
- Hall, A., A'Hern, R., & Fallowfield, L. (1999). Are we using appropriate self-report questionnaires for avaluation of anxiety and depression in woman with breast cancer? *European Journal of Cancer*, 35, 79-85.
- Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.
- Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil* (2007). *Registo Oncológico Nacional 2001*. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Edições.
- Instituto Português de Oncologia do Porto* (2008). *Registo Oncológico Regional do Norte - RORENO2007*. Porto: Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil - Centro Regional de Oncologia do Porto Edições.

- Instituto Português de Oncologia do Porto (2011). *Registo Oncológico Regional do Norte - RORENO 2007*. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Edições.
- Jacobs, J., & Bovass, G. (2000). Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychological Medicine*, 30, 669-678.
- Leite, M. R. F., & Teng, C. T. (2008). Outros transtornos psiquiátricos em oncologia. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit, M.J. B. Gomes & L. Holtz (Orgs.). *Temas em Psico-Oncologia* (pp.257-270). São Paulo: Summus.
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvalux, N., Manchal, S., Boniven, J., Etienne, A. M., Klastersky, J., Keynaert, C., Scalliet, P., slachmuylden, J. L., & Razavi, D. (2006). Factors that influence cancer patients anxiety following a medical consultation: impact of a communication skills training programme for physicians. *Annals of Oncology*, 17, 1450-1458. DOI: 10.1093/annonc/mdl142
- Lueboonthavatchi, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer. *Journal Medical Association of Thai*, 90(10), 2164-2174.
- Maraste, R., Brandt, L., Olsson, H., & Ryde-Brandt, B. (1992). Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy: relations to age and type of surgery. *Acta Oncológica*, 31(6), 641-643.
- McIntyre, T. M. (2004). Perda e sofrimento na doença: contributo da psicologia da saúde. *Psychologica*, 35, 167-179.
- McIntyre, T. M. (1995a). Abordagens psicológicas do sofrimento no doente. In M.T. McIntyre & C. Vila-Chã (Orgs.). *O sofrimento no doente: leituras multidisciplinares* (pp.17-30). Braga: APPOR.
- McIntyre, T. M. (1995b). Aspectos positivos do sofrimento. In M.T. McIntyre & C. Vila-Chã (Orgs.). *O sofrimento no doente: leituras multidisciplinares* (pp.125-131). Braga: APPORT.
- Michelena, M. (2010). *À noite sonhei que tinha peito*. Lisboa: Esfera dos Livros.
- Milsztajn, R. (2010). *A História dos seios*. Rio de Janeiro: 7Letras.
- Mitchell, A., J., Chan, M., Bhatti, H., Hulton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Header, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety and adjustment disorder in oncological, hematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12, 160-174.
- Mitchell, A. J., Lord, K., & Symonds, P. (2012). Which symptoms are indicative of DSM-IV depression in cancer settings? An analysis of the diagnostic significance of somatic and non-somatic symptoms. *Journal Affect Disorders*, 138 (1-2), 137-148.
- Montazer, A., Jarvandi, S., Haghight, S., Vahmahmoodi, M., Sajadian, A., Ebrahimi, M., & Hajimahmoodi, M. (2001). Anxiety and depression in breast cancer patients before after participation in cancer support group. *Patient Education and Counselling*, 45(3), 195-198.

- Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. A. (2004). Presurgery distress and specific responses experiences predict post surgery outcomes in surgery patients confronting breast cancer. *Health Psychology, 23*(4), 381-387.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial na mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças, 9* (1), 165-184.
- Morris, J., & Royle, G. T. (1988). Offering patients a choice of surgery for early breast cancer: a reduction in anxiety and depression in patients and their husbands. *Social Science & Medicine, 26*(6), 583-585.
- National Comprehensive Cancer Network (2011). RCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines):Breast Cancer Screening and Diagnosis. V-I. National Comprehensive Cancer Network, Inc.
- Ogden, J. (2004^b). *Compreender o Cancro da Mama*. Lisboa: Climepsi.
- Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., & Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric disorders following first breast cancer incidence: prevalence, associated factors and relationships to quality of life. *Japan Journal Clinical Oncology, 35*(6), 302-309. DOI: 10.1093/jjco/hyo97
- Payne, D., Hoffman, R., Theodoulou, M., Dobik, M., & Massie, D. (1995). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychosomatics, 40*, 64-69.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Saúde*. (2^a ed.) Porto: Livpsic.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004a). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer de cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5* (1), 53-73.
- Pennery, E., Speechley, V., & Rosenfield, M. (2010). *Cancro da Mama: resposta sempre à mão*. Lisboa: Lidel.
- Pereira, M.A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: FORMASAU.
- Pimenta, C. A. M., Koizumi, M. S., & Teixeira, M. J. (2000). Dor crónica e depressão: estudo com 92 doentes. *Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 34*, 76-83.
- Purushotham, A D., Upponi, S., Klevesath, M. B., Bobraw, L., Millar, K., Myles, J. P., & Duffy, S. W. (2005). Morbidity after sentinel lymph node biopsy in primary breast cancer: results from randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology, 23*(19), 4312-4321.
- Raison, C.L., & Miller, A.H. (2003). Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biological Psychiatry, 54*, 283-294.
- Ritterband, L.M., & Spielberger, C.D. (2001). Depression in a cancer patient population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 8*(2), 85-93.
- Rodrigues, P.A., Cunha, M.J., & Pereira, J.P. (2012). Consequências emocionais de mulheres mastectomizadas. In In. J.L. Pais-Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, A.

- Torres, I. Direito, & P. Vargas (Orgs.) *Actas 9º Congresso de Psicologia da Saúde* (pp.1455-1462). Lisboa: Placebo.
- Rojas-May, G. (2006). Estratégias de intervenção psicológica em pacientes con cáncer de mama. *Revista de Medicina Clínica*, 17 (4), 194-197.
- Santos, F. (1999). *Tire essa mágoa do peito*. São Paulo: Editora Gente.
- Schottenfeld, D. & Fraumeni-Jr J. (2006). (Editors). *Cancer Epidemiology and Prevention (3th. Ed.)*. New York : Oxford University Press.
- Schottenfeld, D. & Fraumeni-Jr J. (2006). (Editors). *Cancer Epidemiology and Prevention (3th. Ed.)*. New York : Oxford University Press.
- Sendersky; V., Gause, D., Sung J. & Durham, NC (2002) Comparison of psychosocial status in patients with breast cancer and patients with other oncology diagnoses. *Breast Cancer Research and Treatment*. 76 (1), 552 [Abstract].
- Sheard, T., & Maguire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80(11), 1770-1780. DOI: 10.1038/sj.bjc.6690596
- Shofield, P., Butow, P., Tattersall, M., Beeney, L. & Dunn, S. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14(1), 48-56.
- Sobral, H. (2006). Experiências subjetivas de sofrimento em doentes oncológicos: percepção da doença e religiosidade. *Interações (11)*, 147-162.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Contributo para a adaptação da Hospital Anxiety and Depression Scale à população portuguesa com doença crónica. *Psicologica*, 41, 193-204.
- Stark, D. P. H., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10), 1261-1267. DOI: 10.1054/bjoc.2000.1405
- Tapadinhas, A.R. (2004). Alterações do humor face ao adoecer da mama. In. J.Ribeiro, & I. Leal (Orgs.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.551-557). Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian.
- Tavares, M.A. (1999). Introdução à Psico-oncologia. In. R.Guimarães-Lopes (Org.). *Temas CL de Psiquiatria, Psicossomática e Psicologia*. Grupo Português de Psiquiatria Consiliar-Ligação e Psicossomática.
- Tjemslund, L., SØreide, J.A., Matre, R., & Malt, U.F. (1997). Preoperative psychological variables predict immunological status in patients with operable breast cancer. *Psycho-oncology*, 6, 311-320.
- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S., Pinto, A., Correia, A., Gonçalves, D. & Ribeiro, L. (2010). A Saúde Mental das Mulheres Sobreviventes de Cancro da Mama Portuguesas. In. Pereira, H., Branco, L., Simões, F., Esgalhado, G., Afonso, R. M. (Orgs.). *Educação para a Saúde, Cidadania e desenvolvimento Sustentado*. (1092-1100) (ISBN 978-989-96996-0-1).
- Trill, M.D. (2002). La formación en Psico-oncología. In. M.R. Dias, & E. Durá. *Territórios da psicologia oncológica* (pp-381-398). Lisboa: Climepsi.
- Vásquez, I. A, Rodrigues, C. F. & Álvarez, M. P. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

