

Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua
UNAN – León
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera De Psicología



TEMA:

Resiliencia e inteligencia emocional y su influencia en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama integrantes de la organización “ASOLCCAN”.

Estelí, Marzo-Septiembre. 2013

AUTORA:

Ena Dhalmira Rodríguez Salinas.

TUTOR:

MSc. Jairo Rodríguez Cruz.

León, 15 de Julio del 2014.

“A la Libertad por la Universidad”



***“Aunque aún no soy una sobreviviente, estoy luchando y soy una ganadora...
Pienso que soy una afortunada... creo tengo buena probabilidad de seguir
viviendo... yo he ganado más de lo que he perdido”.***

(Testimonio de una de las mujeres con cáncer de mama participante del estudio).



DEDICATORIA.

A Dios por el don darme la vida, su amor, bendiciones e iluminarme en cada paso que doy.

A mi madre, Ena Salinas, la mujer que más admiro. Ella es mi fortaleza, mi amiga, gracias a su amor, bondad, generosidad, apoyo y colaboración incondicional he logrado cumplir cada una de mis metas.

A mi padre, Armando Rodríguez por ser tan cariñoso e inteligente, es un ejemplo a seguir. Su amor, confianza, y sus consejos me han enseñado el valor de dar lo mejor de mí en cada cosa que emprendo.

A mis abuelas y abuelo, Carmen Pinell, Reina Portillo y Armando Rodríguez, por ser tan especiales conmigo y quererme incondicionalmente. Por enseñarme la importancia de la educación e inculcarme con amor valores para ser una mejor persona.

A mis hermanos y hermanas; Jossiel, Cynthia, María René y Saúl por ser mi alegría, los amo.

Sé que esta Tesis también es un logro para ustedes.



AGRADECIMIENTOS.

Primeramente gracias a Dios, ese ser supremo de quien proviene todo.

A mi madre y mi padre, quienes con amor, sacrificio y dedicación han hecho posible la realización de mis metas.

A mi Tutor, MSc. Jairo Rodríguez Cruz; por su apoyo incondicional y valiosa asesoría durante todo el proceso de elaboración de este estudio. Usted es un ejemplo de profesionalismo, integridad, humildad y calidad humana al cual aspiro seguir.

A la presidenta de la asociación ASOLCCAN, su testimonio de vida y apertura a colaborar con este estudio fue el inicio de esta Tesis.

A las 20 mujeres con cáncer de mama participantes del estudio, son un ejemplo claro de resiliencia y ganas de vivir, fueron una motivación grande para mí, sin ellas esto no habría sido posible.



ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1.	Características socio demográficas.....	54
Tabla 2.	Nivel de Resiliencia.....	58
Tabla 3.	Dimensiones de Calidad de Vida.....	60
Tabla 4.	Correlación entre Calidad de vida y Resiliencia.....	61
Tabla 5.	Correlación entre Calidad de Vida e Inteligencia Emocional.....	62
Tabla 6.	Resultados de datos cualitativos a través de entrevista y grupo focal a partir de categorías y subcategorías.....	64



ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1.	Frecuencias de tipos de Cáncer mamario.....	55
Figura 2.	Porcentajes de los Estadios Clínicos del Cáncer de Mama.....	56
Figura 3.	Porcentajes de tratamientos de cáncer de mama realizados.....	57
Figura 4.	Dimensión de la Inteligencia Emocional.....	59



ÍNDICE.

ÍTEM	CONTENIDO	Nº. Página
	DEDICATORIA	
	AGRADECIMIENTOS	
	RESUMEN	
	ÍNDICE DE TABLAS	
	ÍNDICE DE GRÁFICOS	
I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
III.	JUSTIFICACIÓN.....	6
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V.	OBJETIVOS.....	8
VI.	MARCO TEÓRICO.....	9
6.1.	Definición y descripción del cáncer de mama.....	9
6.2.	Las mamas y su anatomía.....	9
6.3.	Funciones de las mamas.....	10
6.4.	Tipos de cáncer de mama.....	11
6.5.	Signos y síntomas.....	11
6.6.	Estadios clínicos del cáncer de mama.....	12
6.6.1.	Clasificación de los estadios clínicos del cáncer de mama.....	13
6.7.	Epidemiología, y Factores de Riesgo del cáncer de mama.....	17
6.8.	Factores de riesgo.....	17
6.9.	Métodos diagnósticos.....	21
6.10.	Tratamientos del cáncer de mama.....	22
6.11.	Resiliencia y Cáncer.....	25
6.11.1.	Afrontamiento, resiliencia y supervivencia.....	26
6.12.	Inteligencia Emocional y Cáncer.....	27



6.12.1.	La mente y la medicina.....	27
6.12.2.	El coste médico de la depresión, estrés y ansiedad.....	28
6.13.	Calidad de Vida y Cáncer.....	30
6.13.1.	Dimensiones de la Calidad de Vida.....	30
6.13.2.	La calidad de vida relacionada con la salud.....	30
VII.	MATERIAL Y MÉTODO.....	32
7.1.	Tipo de estudio.....	32
7.2.	Área de estudio.....	32
7.3.	Población.....	32
7.4.	Criterios de exclusión.....	33
7.5.	Control de sesgos.....	33
7.6.	Solución a posibles sesgos.....	33
7.7.	Método e instrumento de recolección de datos.....	33
7.7.1.	Enfoque cuantitativo.....	34
7.7.2.	Enfoque cualitativo.....	38
7.8.	Plan de análisis de datos.....	39
7.9.	Consideraciones éticas.....	41
7.10.	Matriz de descriptores.....	42
VIII.	RESULTADOS.....	52
8.1.	Características socio demográficas.....	52
8.2.	Determinar los niveles de Resiliencia, Dimensiones de Inteligencia Emocional y Calidad de Vida en mujeres con cáncer de mama.....	58
8.2.1.	Niveles de Resiliencia.....	58
8.2.2.	Dimensiones de Inteligencia Emocional.....	59
8.2.3.	Dimensiones de Calidad de Vida.....	60
8.3.	Correlación entre Resiliencia e Inteligencia Emocional, frente a la Calidad de Vida en mujeres afectadas con cáncer de mama.....	61



8.4.	Percepción de las mujeres con cáncer de mama acerca de su enfermedad.....	63
IX.	DISCUSIÓN.....	73
9.1.	Características socio-demográficas relacionadas al cáncer de mama.....	74
9.2.	Determinar los niveles de Resiliencia, Inteligencia Emocional y Calidad de Vida en mujeres con cáncer de mama.....	78
9.2.1.	Niveles de Resiliencia.....	78
9.2.2.	Dimensiones de Inteligencia Emocional.....	80
9.2.3.	Dimensiones de Calidad de Vida.....	81
9.3.	Correlación entre Resiliencia e Inteligencia Emocional frente a la Calidad de Vida en mujeres afectadas con cáncer de mama.....	83
9.4.	Discusión del abordaje o cualitativo, cual es la percepción de las mujeres con cáncer de mama acerca de su enfermedad.....	85
9.4.1.	La percepción del significado del “Cáncer de Mama”.....	85
9.4.2.	Influencia del cáncer de mama en la vida de la mujer.....	86
9.4.3.	Factores que han facilitado enfrentar el cáncer de mama..	88
9.4.3.1.	Espiritualidad.....	88
9.4.3.2.	Familia y amistades.....	89
9.4.3.3.	Atención médica y tratamiento.....	90
9.5.	Aprendizajes generados al reflexionar sobre la experiencia del cáncer de mama.....	93
X.	CONCLUSIONES.....	96
XI.	RECOMENDACIONES.....	97
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
XIII.	ANEXOS.....	102



I. INTRODUCCIÓN.

El abordaje del tema sobre el cáncer de mama, en los últimos años sigue retomando importancia, considerando las crecientes afectaciones en la calidad de vida hasta la muerte en la gran mayoría de las mujeres afectadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, enero 2011), a nivel mundial el cáncer de mama es un grave problema de salud pública, ocupa el segundo lugar entre los cinco tipos de cánceres más comunes que causan la muerte a mujeres y según las últimas estadísticas seguirán aumentando y pasarán de los 11 millones en el año 2030.

De acuerdo al Ministerio de Salud (MINSA, 2008), es también una causa frecuente de muerte en mujeres y aparece especialmente después de los 35 años. En Nicaragua, se encuentra en segundo lugar de las causas de muerte por cáncer de mama, con una tasa de letalidad del 25% de los casos ingresados en los hospitales.

En el proceso de identificación del cáncer de mama, su sintomatología y tratamiento, las mujeres pasan por una afectación física y psicología en donde es importante reconocer indicadores que favorezcan a su recuperación tales como la resiliencia, inteligencia emocional y que a su vez influyen en la calidad de vida de estas pacientes; aspectos que como trabajo de tesis de la carrera de psicología de la UNAN - León, se propone profundizar en el rescate vivencial alrededor de cómo estas mujeres logran sobreponerse o salir adelante ante situaciones adversas, y luego sea de utilidad como referente en otros casos.

El abordaje conceptual describe que el “Cáncer de Mama”, es considerado como la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria.



Por otro lado, Michael Rutter, 1992, destaca que el término "Resiliencia", se refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de adversidad y dolor emocional. Según (Zaccagnini, 2004), parece existir una relación positiva entre inteligencia emocional y resiliencia; pues cuanto mayor es la inteligencia emocional mayor es la estabilidad emocional, se tolera mejor la frustración, estados tensionales y su propio comportamiento en situaciones adversas, por lo cual se ha considerado importante en la evaluación clínica, no sólo el bienestar, sino también la progresión de la enfermedad o la eficacia del tratamiento.

En los últimos años, la medición de la Calidad de Vida, viene tomando importancia como parámetro de evolución de tratamientos clínicos y psicológicos de pacientes con enfermedades crónicas. El grado de calidad de vida refleja el estado psicológico, social y biológico del paciente portador de una enfermedad y las alteraciones positivas o negativas que puedan suceder a la terapia. La calidad de vida, tiene mucha influencia en la vida de las mujeres, la cual está ligada al nivel socioeconómico y cultural, acceso a la información, educación, actitudes y aptitudes que asumimos.

La temática trasciende en la sensibilización, profundización y fortalecimiento de conocimientos en los estudiantes y personal de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN – León y áreas relacionadas al Ministerio de Salud en Nicaragua y clínicas privadas, en el marco de la prevención y promoción, que amortigüe los efectos de las situaciones de riesgo o traumáticas, así como los comportamientos que benefician la recuperación sobre casos de cáncer de mama que son parte de la vida cotidiana en el contexto de las mujeres en Nicaragua.

La ubicación del estudio se desarrolló con el total de mujeres que sufren de cáncer de mama y que están organizadas en la Asociación de Lucha Contra el Cáncer "ASOLCCAN" en la ciudad de Estelí – Nicaragua. Marzo-septiembre. 2013.



II. ANTECEDENTES.

El repaso de la evolución histórica de la patología mamaria hasta la situación actual, nos permite ver que la mama es altamente peculiar y variable en la manera como la percibe la propia mujer, la sociedad y los conceptos médico científicos para curar sus enfermedades.

El archivo médico más remoto proviene del Antiguo Egipto, en donde se han encontrado varios papiros; uno de ellos el Papiro de Edwing Smith, encontrado en Tebas (Karnak y Luxor) en 1862; data de unos 1600 años a.C. Este se limitaba a quemar la lesión con fuego o extirparla mediante instrumentos cortantes.

Galeno en su Tratado "DeTumoribus" (150 años a.d.C.), esta idea tan antigua como la Historia de la Medicina, señaló que las mujeres melancólicas eran más susceptibles a desarrollar cáncer.

El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente el cirujano Benjamín Bell (1749-1806), fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales, abriendo el camino a la mastectomía moderna.

Según la OMS (2010) a nivel mundial, cada dos minutos una mujer es diagnosticada con cáncer de mama y se estima que anualmente se diagnostican más de un millón de casos, por lo que la tasa de mortalidad se acerca a las 400 mil personas por año en el mundo.

En los últimos datos registrados en Nicaragua el cáncer de mama constituye la segunda causa de muerte entre las mujeres con una tasa de letalidad del 25% de los casos ingresados a los hospitales durante los años de 1992 a 2008. Según datos del departamento de Atención Integral a la Mujer y la Adolescencia durante el año 2002 la tasa de mortalidad fue de 5,68 por 100,000 mujeres con predominio en los grupos etáreos de 60 y 70 años (54,4%), en segundo lugar las de 40 a 50 años (33,3%) y en tercer lugar, las de 15-34 años (12,2%).



Hasta la fecha en Nicaragua la ley general de salud No. 423, aprobada el 14 de Marzo del 2002 y su reglamento constituyen el marco legal para el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento del cáncer.

En la actualidad la mayor parte de los estudios en Psicología y Oncología se centran en la investigación de los diversos modos de afrontamiento de la enfermedad oncológica, los factores que influyen en ella y las estrategias psicoterapéuticas útiles para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Montelongo, 2005).

La Resiliencia es un tema que ha tomado mucha trascendencia e importancia en los últimos años; Lazarus (2000), en un estudio realizado con 150 mujeres con cáncer de mama, se demostró que los comportamientos resilientes son característicos en pacientes cuyo apoyo social se basan en relaciones constructivas y empáticas, que se alejan de las interacciones lastimosas y minusvalizantes. El enfermo resiliente no ha aprendido solamente a lidiar con su enfermedad, sino también con sus semejantes y viceversa.

Además se encuentran estudios orientados a determinar la influencia de las emociones sobre el cuadro clínico de las distintas enfermedades oncológicas. El Dr. David Spiegel, de la Universidad de Stanford, EEUU, sacudió a la comunidad médica con un ensayo clínico en el que 6 pacientes con cáncer de mama que recibían una forma particular de psicoterapia, en las que se les orientaba al uso inteligente de sus emociones aprendieron a lidiar con su enfermedad y tuvieron mejor sobrevida que las que no recibieron este tratamiento.

Un estudio sobre hasta qué punto la mente importa en el 2001; la prestigiosa revista médica New England Journal of Medicine publicó: Goodwin y colegas hallaron que la psicoterapia “de grupo de apoyo- expresiva” para mujeres con cáncer de mama metastásico mejoró la calidad de vida, pero no la cantidad. El número de pacientes tratadas fue de 235 con cáncer de mama, de las cuales se tomó una muestra de 158 para terapia psicológica. El hecho que las pacientes que participaron en la terapia grupal tuvieran significativamente menos sufrimiento (distress) y dolor que las pacientes del grupo control es evidencia de la efectividad de la intervención psicológica.



Actualmente se ha hecho un esfuerzo importante para evaluar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en los que debían integrar los siguientes aspectos: físicos, cognitivos, afectivos, sociales y económicos (Walker & Asscher).

En una investigación denominada “Calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama del Hospital de Salud Cusco”, conformada por 48 mujeres con cáncer de mama; se encontró que las que recibieron terapia psicológica y atención psiquiátrica aprendieron a sobrellevar su enfermedad y tuvieron un mejor pronóstico de supervivencia.

Por este motivo, los psicólogos y psiquiatras en los últimos años han integrado en la evaluación clínica de pacientes con cáncer, lo físico y psicológico. Desarrollando habilidades y características tales como la resiliencia e inteligencia emocional que favorecen a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama.



III. JUSTIFICACIÓN.

El cáncer de mama es una enfermedad crónica que amenaza la vida de las mujeres. Simboliza lo desconocido, peligroso, dolor, culpa, ansiedad y la adversidad.

La enfermedad no solo es un acontecimiento biológico sino también biográfico. El impacto psicológico que conlleva ser diagnosticada con cáncer de mama, va a variar de acuerdo al significado que le implica a la persona y también de acuerdo a la gravedad de la enfermedad; ya que la mama es una parte importante del cuerpo y de identidad femenina.

Dentro de la psicología es importante entender que el cáncer es una enfermedad de la persona, no de un órgano en este caso de la mama de la mujer y por lo tanto, el tratamiento debe abordar todos los aspectos de la persona tanto físico y mental.

El cáncer de mama es una enfermedad curable, siempre y cuando su detección y diagnóstico sean oportunos, favoreciendo a su recuperación.

Esta investigación, cobra relevancia al considerar que en la sociedad nicaragüense, la comunidad femenina se ve susceptible a padecer de cáncer de mama; y que anualmente son muchas las mujeres que mueren a causa de esta patología, que no afecta solo a las mujeres sino también a sus familiares.

A pesar de las numerosas investigaciones sobre el impacto del cáncer de mama, es necesario reconocer que ciertos indicadores tales como la resiliencia e inteligencia emocional pueden influir en la calidad de vida de estas mujeres y en su pronta recuperación; e indagar sobre la percepción que tienen de su enfermedad. Por ello dicha investigación logra importancia al buscar contribuir con información que pueda ser utilizada en programas de salud y especialmente para los que trabajamos en el área de la psicología con pacientes oncológicos.



IV. PROBLEMA.

El cáncer de mama en Nicaragua es un grave problema de salud pública, ocupa el segundo lugar de muertes en la población femenina, ya que actualmente son muchas las mujeres que están siendo diagnosticadas con esta patología y que se enfrentan a formas de sobrellevar su enfermedad, afectando no solamente a ellas sino también a sus familiares y que por lo tanto requieren de características personales tales como: aceptación, adaptación y recuperación.

La presente investigación busca contribuir acerca de cómo la resiliencia e inteligencia emocional, influyen en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, y conocer la percepción que las mismas tienen sobre su enfermedad; información que luego pueda ser utilizada en programas de apoyo a este importante sector de la sociedad nicaragüense.

Ante lo expuesto se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la influencia de la resiliencia e inteligencia emocional, en la calidad de vida y la percepción de mujeres con cáncer de mama en integrantes de la organización “ASOLCCAN”. Estelí. Marzo-Septiembre. 2013?



V. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la influencia de la resiliencia e inteligencia emocional en la calidad de vida de y la percepción de mujeres con cáncer de mama integrantes de la organización “ASOLCCAN” ubicada en Estelí, Nicaragua, en el periodo Marzo – Septiembre del 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Describir las características socio-demográficas de las mujeres afectadas con el cáncer de mama, integrantes de la organización “ASOLCCAN”, a partir de una ficha de registro como información referente en el desarrollo de la investigación.
- 2- Determinar los niveles de resiliencia, dimensiones de inteligencia emocional y calidad de vida, encontrados en mujeres afectadas por cáncer de mama.
- 3- Describir la relación de los niveles de resiliencia y dimensiones de inteligencia emocional, frente a la calidad de vida en mujeres afectadas con cáncer de mama.
- 4- Indagar sobre la percepción de las mujeres con cáncer de mama acerca de su enfermedad.



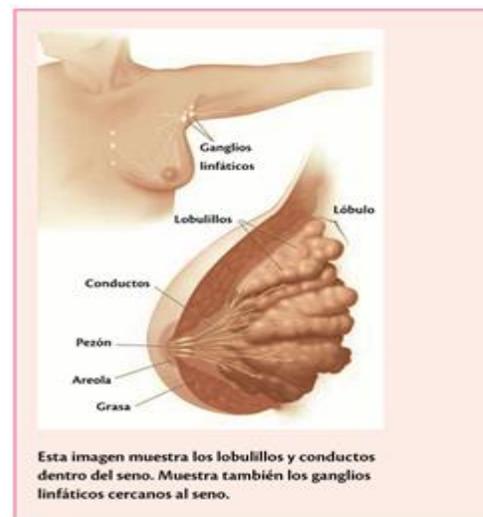
VI. MARCO TEÓRICO.

6.1. Definición y descripción del Cáncer de Mama.

El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo. Como otros tumores malignos, el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más del 90% de los tumores malignos. (Sánchez C., México, 2003). El cáncer de mama suele cursar con tumores sólidos formando lesiones osteolíticas secundarias e hipercalcemia.

6.2. Las mamas y su anatomía: Este órgano propio de los mamíferos se sitúa en la cara ventral del tronco de las hembras, se desarrolla en la pubertad y, después de la gestación segrega la leche que alimentará a las crías. La mama en la mujer, como órgano efector del funcionalismo ovárico, sufre una serie de cambios morfológicos y funcionales a todo lo largo de su vida sexual. En la siguiente imagen se observan las partes anatómicas de la mama.

- La piel o tegumento mamario
- Areola o zona aerolar
- Pezón, mamila o mamelón
- El tejido célula adiposo subcutáneo
- Lámina célula adiposa anterior preglandular.
- Lámina célula adiposa posterior, retromamaria o retroglandular.
- El parénquima glandular o mama Propiamente dicha.





6.3. Funciones de las mamas.

Desde esta perspectiva, podemos observar que las mamas desempeñan un conjunto de funciones imbricadas las unas con las otras, y cualquiera de ellas que se vea afectada, afecta a la vez el significado subjetivo que la persona estableció.

Algunas de las funciones más importantes son (Bello, 1998):

ψ **Función de Alimenticia Biológica.**

En los mamíferos, el primer alimento del bebé es naturalmente mediante el amamantamiento de la madre. La mama es efector de este “dar biológico” de alimentación.

ψ **Función Psicológica del Amamantamiento.**

En el ámbito de los humanos, lo biológico y lo psicológico de dicha función, se dan combinadamente, unitariamente. Ello acontece tanto con quien recibe, como quien entrega esta forma de alimentación. Junto a la leche, recibe el contacto corporal y el afecto de la madre. Acto de generosidad biológico y espiritual en donde encuentra la plenitud propia que brinda el sentido concreto de la maternidad.

ψ **Función Identificadora.**

Una propiedad existencial básica del ser humano es su connotación sexuada. De esta diferenciación nace el arquetipo de la incompletud del ser humano, para acceder a dicha plenitud existencial se significa como requisito básico una apropiada identidad afectivo sexual en relación a un otro. Identidad de base tanto biológica (órganos sexuales primarios y caracteres sexuales secundarios) como de formación psicosocial. En las mujeres, unos de los más significativos caracteres sexuales secundarios lo constituye el desarrollo mamario. Constituyendo un esencial símbolo de la feminidad.



ψ **Función Erógena.**

Las mamas son órganos que tienen un particular significado erótico. Las mamas de la mujer constituyen por una parte un reconocido incentivo erótico para el hombre; en la mujer, a la vez su estimulación en el campo de la erotización, representan una de las fuentes más importantes de gratificación afectivo-sexual. En virtud de esto es comprensible una especial preocupación por las características estéticas de esta zona tan significativa de su self erótico.

6.4. Tipos de cáncer de mama.

Existen distintos tipos de cáncer de mama compuestos por distintos tipos de células anormales.

Tumor primario:

- Carcinoma in situ o Carcinoma Intraductal.
- Carcinoma Ductal in situ (DCIS).
- Carcinoma Lobular in situ (LCIS), o Neoplasia Lobular.
- Tumores Invasivos Ductales y Lobulares.

Según localización y forma de curso:

- Cáncer de mama locorregional.
- Cáncer de mama localmente avanzado.
- Carcinoma inflamatorio de mama.
- Cáncer de mama diseminado.

6.5. Signos y síntomas.

Más del 80% de los cánceres de mama se descubren por la palpación de la paciente de un bulto. Una cantidad muy pequeña presenta una historia de dolor y ninguna masa, con agrandamiento del pecho o con un espesor indefinible en el pecho. Un hallazgo típico del examen físico es una masa dominante un trozo distintamente diferente del tejido del pecho del circundante. (TMMDT, 2003).



Se estima que el tiempo medio de crecimiento para detectar el cáncer de mama por palpación es de siete a once años, (Steel, G 1982, Fox, BH 1981). Cambios fibroticos difusos en un cuadrante del pecho, normalmente el cuadrante superior exterior, es más característico de desórdenes benignos, pero un espesor ligeramente firme no notado en la mama contralateral sería una señal de cáncer.

Los canceres de mama más avanzados se caracterizan por fijación de la masa a la pared del pecho o a excesiva piel, por la presencia de nódulos satélite o ulceraciones en la piel, o por exageración de las marcas usuales en la piel resultantes de un linfodema piel de naranja. Si se presentan nódulos linfáticos axilares enmarañados o fijos o una linfadenopatía supraclavicular o infraclavicular, la cirugía tiene bajísima probabilidad de ser curativa. El cáncer de mama inflamatorio es particularmente virulento, caracterizado por la inflamación difusa y agrandamiento del pecho, a menudo sin una masa. (TMMMDT, 2003). El cáncer de mama en etapas tempranas no causa dolor, sin embargo usualmente se ve asociado a sensaciones inusuales en el seno como mayor sensibilidad y ardor.

6.6. Estadios clínicos del cáncer de mama.

El *American Joint Committee on Cancer Staging* propone los siguientes estadios clínicos en donde se han propuesto estos sistemas de clasificación que son útiles para notificar los resultados finales en donde se debe tener presente que corresponden a presentaciones de cáncer valiosas para diagnosticar esta patología.

El cáncer se disemina en el cuerpo de tres maneras.

Las tres maneras en que el cáncer se disemina en el cuerpo son las siguientes:

- A través del tejido. El cáncer invade el tejido normal que lo rodea.
- A través del sistema linfático. El cáncer invade el sistema linfático y circula por los vasos linfáticos hasta otros lugares en el cuerpo.
- A través de la sangre. El cáncer invade las venas y los capilares, y circula por la sangre hasta otros lugares en el cuerpo.



Cuando las células cancerosas se separan del tumor primario (original) y circulan a través de la linfa o la sangre hasta otros lugares del cuerpo, se puede formar otro tumor (secundario). Este proceso se llama metástasis.

El tumor secundario (metastásico) es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario. Por ejemplo, si el cáncer de mama se disemina hasta los huesos, las células cancerosas de los huesos son en realidad células de cáncer de mama. La enfermedad es cáncer metastásico de mama, no cáncer del hueso.

6.6.1. Clasificación de los estadios clínicos del cáncer de mama.

Estadio 0 (carcinoma in situ).

Hay dos tipos de carcinoma de mama in situ:

- **Carcinoma ductal in situ (CDIS):** afección no invasora en la que se encuentran células anormales en el revestimiento del conducto de la mama. Las células anómalas no se diseminaron afuera de este conducto hasta otros tejidos de la mama. Algunas veces, el CDIS se puede volver cáncer invasor y diseminarse hasta otros tejidos, aunque por el momento no se sabe cómo predecir cuáles lesiones se volverán invasoras.
- **Carcinoma lobular in situ (CLIS):** afección en la que se encuentran células anormales en los lóbulos de la mama. Muy raras veces esta afección se vuelve cáncer invasor; sin embargo, el padecer de carcinoma lobular in situ en una mama aumenta el riesgo de padecer de cáncer de mama en cualquier de las mamas. (tasa de supervivencia a los 5 años del 92%).



Estadio I

En el estadio I, el cáncer ya se formó. El estadio I se divide en los estadios IA y IB.

- En el estadio IA, el tumor mide dos centímetros o menos, y no se diseminó fuera de la mama.
- En el estadio IB se presenta una de las siguientes situaciones:

No se encuentra un tumor en la mama, pero se encuentran pequeños racimos de células cancerosas (mayores de 0,2 milímetros, pero no mayores de 2 milímetros) en los ganglios linfáticos.

Cuando el tumor mide dos centímetros o menos, y se encuentran pequeños racimos de células cancerosas (mayores de 0,2 milímetros pero no mayores de 2 milímetros) en los ganglios linfáticos. (Tasa de supervivencia a los 5 años del 17%).





Estadio II

El estadio II se divide en los estadios IIA and IIB.

- En el estadio IIA:

No se encuentra un tumor en la mama, pero se encuentra cáncer en los ganglios linfáticos axilares (ganglios linfáticos debajo del brazo), o el tumor mide dos centímetros o menos, y se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares, o el tumor mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros, y no se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares.

- En el estadio IIB, el tumor tiene una de las siguientes características:

Mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros, y se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares, o mide más de cinco centímetros, pero no se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares. (Tasa de supervivencia a los 5 años del 75%).

Estadio IIIA

- En el estadio IIIA:

No se encuentra un tumor en la mama. El cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras; o el cáncer se puede encontrar en los ganglios linfáticos cercanos al esternón; o el tumor mide dos centímetros o menos. El cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón; o el tumor mide más de dos centímetros, pero no más de cinco centímetros. El cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

El tumor mide más de cinco milímetros. El cáncer se ha diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón; (tasa de supervivencia a los 5 años del 46%).



Estadio IIIB.

- En el estadio IIIB, el tumor puede tener cualquier tamaño.

El cáncer se diseminó hasta la pared torácica o a la piel de la mama; y se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares que están unidos entre sí o a otras estructuras, o el cáncer se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón. El cáncer que se diseminó hasta la piel de la mama se llama cáncer de mama inflamatorio.

Estadio IIIC

En el estadio IIIC, puede no haber signos de cáncer en la mama o el tumor puede tener cualquier tamaño y se puede haber diseminado hasta la pared torácica o a la piel de la mama. Asimismo, el cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos por arriba o debajo de la clavícula; y se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos axilares o hasta los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

El cáncer que se diseminó hasta la piel de la mama se llama cáncer de mama inflamatorio.

- El cáncer de mama en estadio IIIC se divide en estadio IIIC operable y estadio IIIC inoperable.

En el estadio IIIC operable, el cáncer:

Se encuentra en 10 o más ganglios linfáticos axilares; o se encuentra en los ganglios linfáticos debajo de la clavícula; o se encuentra en ganglios linfáticos axilares y en los ganglios linfáticos cercanos al esternón.

En el estadio IIIC no operable del cáncer de mama, el cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos por arriba de la clavícula.



Estadio IV.

- En el estadio IV, el cáncer se diseminó hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

Los índices de supervivencia relativa a 5 años, según el estadio del cáncer, son los siguientes: Estadio I - 98% Estadio IIA - 88% Estadio IIB - 76% Estadio IIIA - 56% Estadio IIIB - 49% Estadio IV - 16%.

6.7. Epidemiología, y Factores de Riesgo del cáncer de mama.

El cáncer de mama es un problema de salud pública. Es la primera causa de mortalidad en todo el mundo a nivel mundial; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente, un 13% del total). En el 2002 la incidencia de cáncer de mama entre las mujeres nicaragüenses ocupó el segundo lugar después del cáncer cérvico uterino. Actualmente es la principal causa de muerte entre mujeres de 40 a 44 años y una de las más importantes en mujeres desde los 30 años en adelante.

6.8. Factores de riesgo.

El 99% de cáncer mamario ocurre en la mujer, encontrándose entre los principales factores de riesgo los siguientes:

ψ La predisposición genética.

Entre el 70% y el 80% de todos los cánceres mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo aplicables y que sólo del 5% al 10% tienen un origen genético por poseer los genes mutados BRCA1 y BRCA2.

ψ Edad.

El cáncer de mama es infrecuente antes de los 25 años, pero a partir de este momento se produce un aumento progresivo de la frecuencia hasta la menopausia seguido de un aumento más lento el resto de la vida.

El 60% de los cánceres de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años.



ψ **Enfermedad mamaria proliferativa.**

Una historia de mastopatía benigna se asocia a un riesgo de cáncer mamario aproximadamente 4 veces mayor que el de las mujeres sin antecedentes. Este aumento aparece al menos 30 años del diagnóstico de la enfermedad benigna.

ψ **Raza.**

Las mujeres blancas son más propensas a padecer esta enfermedad que las mujeres de raza negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas.

ψ **Antecedentes familiares de cáncer mamario.**

Cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama, se duplica el riesgo de padecerlo. Mientras que si es un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente. En dicha familia la enfermedad es a menudo bilateral y pre-menopáusico en su comienzo.

ψ **Cáncer mamario previo.**

Existen estudios que demuestran que una mujer que ha tenido cáncer en la mama tiene mayor riesgo de presentar cáncer en la mama opuesta. Una mujer con cáncer mamario previo con menos de 50 años de edad aumenta la probabilidad por año de desarrollar un segundo cáncer mamario.

ψ **Duración de la vida reproductora.**

Aumenta el riesgo con la menarquía precoz y la menopausia tardías. La menarquía temprana (< 12 años de edad) y la menopausia tardía (> de 50 años de edad), se asocia a un leve aumento en el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

ψ **Paridad.**

El cáncer de mama es más frecuente en las mujeres nulíparas que en las multíparas.

ψ **Edad a la que se tiene el primer hijo.**

El riesgo aumenta en las mujeres que tienen su primer hijo después de los 30 años de edad.



ψ **Obesidad.**

Se observa una disminución del riesgo en las mujeres obesas menores de 40 años de edad debido a la asociación con ciclos anovulatorios y con niveles menores de progesterona en las fases finales del ciclo.

También existe un aumento del riesgo en las mujeres posmenopáusicas obesas, que se atribuye a la síntesis de estrógenos en el tejido adiposo.

ψ **Factores hormonales.**

En la actualidad es indiscutible la influencia de los estrógenos, progesterona, prolactina y STH. Todo obliga a pensar que el cáncer de mama es hormono dependiente respecto a su origen y crecimiento.

ψ **Lactancia**

Una lactancia prolongada (3 años) se asocia a una menor incidencia de cáncer de mama, jugando un rol protector al quedar inhibida la función ovárica y libre la glándula mamaria de los cambios cíclicos. Esto es perfectamente concordante con la menor incidencia de cáncer de mama en grupos que suelen criar y tener largos periodos de lactancia: japonesas, esquimales, africanas.

Se ha observado que la mitad de las mujeres con cáncer de mama no han amamantado, mientras que en las restantes la lactancia alcanza periodos breves (Junceda, 1988). Siendo éste un cambio sociocultural en aumento en la sociedad moderna.

ψ **Anticonceptivos.**

Sigue siendo controvertido el papel que desempeña el tratamiento hormonal sustitutivo de la menopausia o los anticonceptivos orales como factor de riesgo para la aparición del cáncer de mama. En caso de que exista este incremento del riesgo, su intensidad es pequeña.

ψ **Factores ambientales.**

Diversos aspectos en particular la dieta grasa, el consumo de alcohol y ciertos contaminantes ambientales como los pesticidas, se acompañan de un aumento en el riesgo de cáncer de mama.



Las mujeres expuestas a radioterapia y las que han sufrido exposición a radiación por bombas atómicas presentan mayor incidencia de cáncer de mama. El riesgo aumenta cuando menor es la edad de la paciente y cuanto mayor es la dosis de radiación.

La literatura también menciona factores de riesgo de cáncer mamario de menor importancia siendo estos el tabaquismo, trauma mamario y enfermedades como la diabetes o hipotiroidismo.

Ψ **Los Factores Psicológicos en Inducción del Cáncer Mamario.**

La importancia de los factores psicológicos sobre la etiología del cáncer, tanto en su desarrollo como en su curso, es la hipótesis que soportan una gran cantidad de investigaciones, las cuales como hemos revisado se insertan dentro de modelos multicausales. Nos concentraremos en aquellas variables biopsicosociales que influyen en la carcinogénesis y en el desarrollo del cáncer de mama.

Inducción Psicobiológica del cáncer.

Diversos investigadores sugieren que la variabilidad de respuesta que presentan las personas expuestas a carcinógenos similares evidencia una importancia moduladora de las variables psicológicas en la aparición y desarrollo del cáncer (Bayes, 1985; Nuzzo, 1987; Persky, 1987; Fox, 1995^a - 1995b; Hahn, 1988; Shekelle, 1981, y otros). Bayés (1985) relaciona los factores psicológicos con el nivel biológico de la persona a través de un modelo estructurado en tres vías fundamentales:

1. Cognitivas y emocionales: Capaces de modular las respuestas neurológicas, endocrinas e inmunes, las cuales se hallan a su vez en permanente relación recíproca.
2. Conductuales: Traducen estilos de vida capaces de afectar al organismo en forma directa.
3. Influencia del medio ambiente físico y social.



Actualmente las terapias holísticas para el cáncer se basan en el principio de que ésta es una enfermedad multifactorial y sistémica, en la cual los tumores son síntomas o elementos de la enfermedad que representan una expresión local de un fenómeno global. De esta manera es que están orientadas al restablecimiento del funcionamiento metabólico del cuerpo, los sistemas respiratorios, digestivo y endocrino; sólo así las defensas inmunes logran restituir su normal funcionamiento.

Dentro de la Inducción psicobiológica del cáncer de mama comprendemos tres grandes grupos de estudios que estructuran nuestra presentación:

- ψ Estudios de personalidad predispuesta al cáncer de mama.
- ψ Estudios de las relaciones familiares en las familias de la paciente que desarrolla cáncer de mama.
- ψ Estudios de inmunosupresión psicobiológica y desarrollo de cáncer de mama.

6.9. Métodos diagnósticos.

En la actualidad, la mejor lucha actual contra el cáncer de mama es una detección temprana del tumor pues aumentarán las posibilidades de éxito del tratamiento.

La autoexploración sistemática permite detectar tumores más pequeños que los que pueda detectar el médico o la enfermera pues la mujer estará familiarizada con sus senos y podrá detectar cualquier pequeño cambio.

El auto-examen mamario.

Tenemos que perder el temor y la vergüenza de palpar nuestro cuerpo cuando aprendemos a auto examinarnos es una forma de identificar cambios en nuestras mamas e interpretar señales de alarma. Es importante saber que si nos realizamos con frecuencia el autoexamen de mamas tendremos mucho más posibilidades de llevar una vida saludable, ya que con ello estaremos detectando a tiempo cualquier anomalía. Es por esa razón la necesidad de toda mujer aprender a realizarse el autoexamen de mamas.



- ψ **Mamografía**
- ψ **Ecografía.**
- ψ **Resonancia Magnética Nuclear (RMN)**
- ψ **La Tomografía Axial Computadorizada (TAC**
- ψ **La Tomografía por Emisión de Positrones (PET)**
- ψ **Termografía**
- ψ **Biopsia**
- ψ **Radiografías del tórax.**
- ψ **Análisis de sangre**
- ψ **Radiografía ósea seriada.**
- ψ **Receptores de estrógenos y progesterona.**
- ψ **Prueba de HER/2nu.**
- ψ **Otras pruebas.**

6.10. Tratamientos del cáncer de mama.

1. **La radioterapia:** Es un tratamiento local que se administra después de la cirugía con-servadora (cuando se emplea después de la mastectomía es porque se considera que existe riesgo de que el tumor se reproduzca).
2. **Terapia hormonal:** Se les da a aquellas pacientes que tienen receptores hormonales positivos, esto viene a ser el 60-70% del total de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.
3. **Quimioterapia:** No es necesaria la hospitalización para recibir este tratamiento, se puede hacer de forma ambulatoria. Esto dependerá del estado de la paciente y del tiempo de duración del tratamiento, uno completo puede prolongarse entre cuatro y ocho meses.



ψ **Efectos de la quimioterapia en la calidad de vida**

Uno de los puntos de mayor interés en la evaluación del costo-beneficio de los tratamientos oncológicos es el impacto que tienen sobre la vida del paciente, el cual se analiza en términos de calidad de vida referida a la salud.

Los pacientes de quimioterapia obtienen mucho más altos puntajes en calidad de vida que los pacientes de radioterapia.

4. **Cirugía:** se realizará una vez obtenido el resultado de la biopsia. Con ella, se pretende conseguir la extirpación total del tumor.
5. **La cirugía conservadora de la mama.**
6. **Lumpectomía.**
7. **Mastectomía parcial o escisión amplia.**
8. **Cuadrantectomía.**
9. **Cirugía Radical.**
10. **Mastectomía simple.**
11. **Mastectomía radical modificada.**
12. **Mastectomía radical.**
13. **Biopsia del ganglio linfático centinela.**

Tratamiento psicológico de la paciente de cáncer mamario.

El tratamiento psicológico del paciente de cáncer tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. Por otro lado, en todo momento la intervención psicológica ha de estar integrada con el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinar.

ψ **Terapia.**

En la terapéutica el principio fundamental consiste en aplicar las técnicas más precisas para los factores identificados en la evaluación (sean éstos cronificadores o recursos).



Se utilizan actualmente un gran número de técnicas y procedimientos de intervención que han resultado de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica, de la psicología y de las ciencias afines. El tratamiento supone intervenciones clínicas con el objeto de modificar la presencia de los factores psicosociales. La duración del tratamiento debe ser lo más breve posible y orientada por criterios de eficacia. Las reevaluaciones indicarán el avance del paciente, la eficacia de las técnicas empleadas y la dirección de la terapia. En cuanto al formato de las sesiones, éstas se guiarán por los factores de mayor peso cronificador y por la utilización estratégica de los recursos preservados en el paciente.

Los objetivos del tratamiento deben concretarse en la solución del problema específico de dolor sin proponerse intervenciones en niveles propios de la Psicología Clínica.

Las técnicas psicológicas más utilizadas son:

- ψ Psicofisiológicas.
- ψ Cognitivo-Conductuales.
- ψ Conductuales.
- ψ Experienciales.
- ψ Sistémicas.
- ψ Estratégicas.



6.11. Resiliencia y Cáncer.

El tema "Resiliencia" ha empezado a ocupar progresivamente más espacio en la literatura médico-psicológica y en la preocupación de educadores, médicos y psicólogos.

Actualmente se está produciendo un cambio de tendencia y están surgiendo otras formas de entender y conceptualizar el trauma, considerando a la persona como un individuo activo y fuerte, capaz de resistir y rehacerse a pesar de las diferentes adversidades con las que se encuentre.

La sicóloga María Angélica Kotliarenco, investigadora del Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer (Ceanim), explica que "hay personas que de pronto, frente a un cáncer terminal, desarrollan conductas espontáneamente resilientes". Pero no es necesario esperar una situación de esas proporciones para desarrollar Resiliencia.

Desde la psicología positiva se concibe al ser humano con capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y crecimiento personal ante las experiencias traumáticas más terribles, teniendo en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas.

Ante una situación traumática podemos desarrollar trastornos pero también podemos aprender y beneficiarnos de esta experiencia; se puede responder de diferentes formas:

- 1) Trastorno: como puede ser un trastorno por estrés postraumático u otras patologías.
- 2) Trastorno retardado: no desarrolla una patología en un primer momento y puede hacerlo después.
- 3) Recuperación: muestra síntomas disfuncionales de estrés en un primer momento, pero se produce una recuperación natural.
- (4) Resiliencia: la persona no experimenta síntomas disfuncionales ni interrumpe su funcionamiento normal, permanece en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática.



(5) Crecimiento postraumático: posibilidad de aprender y crecer ante situaciones adversas.

Su aplicación en cuanto al tema del cáncer, es cada vez más frecuente y numerosas experiencias se han basado en este concepto de Resiliencia, se han hecho sensibles avances tanto en su elaboración teórica como en la aplicación en numerosos proyectos.

6.11.1. Afrontamiento, resiliencia y supervivencia.

Como se abordó anteriormente, el término Resiliencia alude a la capacidad de sobreponerse y salir fortalecido de una situación potencialmente dañina para la salud. En ese sentido deben abordarse las características que nos permiten afirmar que el diagnóstico de cáncer que recibe una persona y las acciones posteriores al mismo.

Los comportamientos resilientes, inciden directamente en la disminución de la mortalidad de los pacientes enfermos de cáncer. Alrededor de los años 50 algunas investigaciones sugerían que “los pacientes de cáncer, con características psicológicas específicas, aumentaban los índices de supervivencia” (Royak-Schaler, 1991) por ejemplo, los individuos cuya enfermedad había empeorado pero presentaban características como la amabilidad, capacidad de cooperación, menor expresión de emociones negativa, menor hostilidad, eran más propensos a aumentar su esperanza de vida. En la literatura se denominó a estos pacientes como emocionalmente expresivos.

Este optimismo se expresaba en un comportamiento proactivo ante la enfermedad y ante el medio circundante. En muchos casos la focalización en la enfermedad le cedió espacio a nuevas actividades de disfrute personal.

La resiliencia y el afrontamiento de su situación pueden influir en la recuperación de cualquier enfermedad y especialmente en la oncológica.

Esto significa que la responsabilidad ante la enfermedad oncológica va desde el médico hasta el paciente, atravesando por la familia y el psicooncólogo.



6.12. Inteligencia Emocional y Cáncer.

Actualmente, la importancia que ha tomado en la investigación y en la aplicación clínica la expresión y regulación de emociones ha venido de la mano del desarrollo del concepto de inteligencia emocional. Daniel Goleman, plantea, “La Inteligencia Emocional es el conjunto de actitudes, competencias, destrezas y habilidades que determinan la conducta de un individuo, sus reacciones, estados mentales y su estilo de comunicar”.

Cuenta con tres dimensiones claves: Percepción, Comprensión y Regulación emocional. (Bermúdez, Teva & Sánchez, 2003).

6.12.1. La mente y la medicina.

El problema estriba en que el personal sanitario se ocupa de las dolencias físicas pero suele descuidar las reacciones emocionales de sus pacientes. Y esta falta de atención hacia la realidad emocional del enfermo soslaya la creciente evidencia que demuestra el papel fundamental que desempeña el estado emocional en la vulnerabilidad a la enfermedad y en la prontitud del proceso de recuperación.

Lamentablemente, la atención médica moderna no suele caracterizarse por ser emocionalmente muy inteligente. El hecho es que la entrevista con una enfermera o con un médico debería ser una oportunidad para obtener una información tranquilizadora, amable y afectuosa y no, como suele ocurrir, una invitación a la desesperanza. No es infrecuente que los profesionales clínicos tengan demasiada prisa o se muestren indiferentes ante la angustia de sus pacientes.

A decir verdad, también hay enfermeras y médicos compasivos que dedican tiempo a tranquilizar, informar y medicar de la manera adecuada, pero la tendencia general parece abocarnos a un universo profesional en el que los imperativos institucionales transforman al personal sanitario en alguien demasiado indiferente a la vulnerabilidad de sus pacientes o demasiado presionado como para poder hacer algo al respecto.



Más allá de las motivaciones humanitarias de que la labor del médico consiste tanto en cuidar, como en curar, existen otras importantes razones que nos inducen a pensar que la realidad psicológica y sociológica de los pacientes compete también al dominio de la medicina.

Existen pruebas claras de que la eficacia preventiva y curativa de la medicina podría verse potenciada si no se limitara a la condición clínica de los pacientes sino que tuviera también en cuenta su estado emocional. Obviamente, esto no es aplicable a todos los individuos y a todas las condiciones, pero el análisis de los datos procedentes de miles de casos nos permite afirmar hoy, sin ningún género de dudas, las ventajas clínicas que conlleva una intervención emocional en el tratamiento médico de las enfermedades graves como el cáncer de mama.

Si prestamos atención a los datos relativos a emociones concretas, especialmente a las tres principales —la ira, la ansiedad y la depresión—, no cabe la menor duda de la relevancia clínica de las emociones, aun cuando los mecanismos biológicos concretos mediante los cuales actúan todavía no hayan sido completamente elucidados.

6.12.2. El coste médico de la depresión, estrés y ansiedad.

Años después de haber sido sometida a una intervención quirúrgica para extirparle un tumor maligno se le detectó una metástasis en el pecho. Su médico ya no le habló de curación y le dijo que la quimioterapia sólo prolongaría —como mucho— unos pocos meses más su vida. Comprensiblemente, se sumió en una profunda depresión y siempre que acudía al oncólogo acababa estallando en lágrimas.

Sin embargo, la única respuesta que recibía del facultativo cada vez que esto ocurría era pedirle que abandonara la consulta.

Dejando de lado el daño motivado por la desconsiderada actitud del oncólogo, ¿Tenía acaso alguna relevancia clínica el hecho de que éste no supiera relacionarse con el desconsuelo de su paciente?



A partir del momento en que una enfermedad alcanza ese grado de virulencia no parece probable que las emociones puedan tener algún tipo de efecto apreciable en su desarrollo.

Aunque es evidente que la cualidad de los últimos meses de vida de esta mujer se vio ensombrecida por la depresión, todavía no está claro el efecto de la tristeza sobre el curso del cáncer.

Pero el hecho es que hay muchas investigaciones que apuntan a la conclusión de que la depresión desempeña un papel relevante en otras condiciones clínicas, especialmente en lo que concierne a la fase de empeoramiento de la enfermedad. Cada vez es mayor la evidencia de que los pacientes deprimidos que se hallan aquejados de una enfermedad grave también deberían recibir tratamiento para su depresión.

Otro estudio plantea que un grupo de mujeres deprimidas, que además de la atención médica correspondiente, recibieron ayuda psiquiátrica y psicológica para tratar de superar su depresión y el manejo adecuado de emociones, necesitaron menos fisioterapia para poder volver a caminar y tuvieron menos reingresos en los tres meses posteriores a que se les diera el alta que aquellas otras que no recibieron ningún tipo de tratamiento psicológico (Goleman 2001).



6.13. Calidad de Vida y Cáncer.

En la actualidad existe un gran auge del enfoque de la enfermedad dentro de un contexto más personal, en el que se consideran las implicaciones que la presencia de ésta tiene en la vida del paciente, o más concretamente en su calidad. Esta nueva perspectiva intenta situar la enfermedad desde el punto de vista del paciente, lo cual es relevante en aquellos con enfermedades crónicas como el cáncer.

Conceptualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”, es un concepto coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas (facetas) física, psicológica, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad, este fue el concepto de calidad de vida que orientó el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Es fundamental el estudio de la calidad de vida en pacientes con cáncer debido a que la amenaza a la existencia, el dolor y el miedo a la muerte, aunados a los cambios en el estilo de vida que suscita el diagnóstico, ocasionan repercusiones físicas, emocionales, espirituales, sociales y laborales.

6.13.2. La Calidad de Vida relacionada con la salud.

La calidad de vida relacionada con la salud, es el impacto de la enfermedad que percibe el individuo, en su capacidad para vivir una vida satisfactoria. Valoración que hace el paciente del bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y/o tratamiento. Incluye la evaluación funcional física, emocional cognitiva, social, percepciones de salud y bienestar y las perspectivas futuras.

Al considerar la calidad de vida, referida a sujetos enfermos, Caballero-Morales (México, 2006), pone énfasis en la integración de la enfermedad a la vida cotidiana del paciente, y en el grado de satisfacción de éste con su condición actual, sin tomar en cuenta la opinión del médico o la de otros profesionales de la salud.



Es importante no confundir la calidad de vida con la salud, puesto que, aunque sus evaluaciones se complementan, son de naturaleza esencialmente diferente. En los últimos años, se ha dedicado particular interés a la repercusión del cáncer de mama y su tratamiento. Un tema muy discutido es el impacto de la cirugía (conservadora o no) sobre la adaptación y la calidad de vida de las pacientes.

La calidad de vida, aparece ligado al de bienestar y satisfacción personal (Calman, 1987); sin embargo, cuando entramos en el campo de la psicología oncológica, la calidad de vida debe relacionarse con la salud del individuo, la manera en cómo afronta la adversidad mejor definido como resiliencia y la estabilidad o inteligencia emocional que atraviesa una mujer con cáncer de mama; así, sería la evaluación íntegra y multidimensional de esta, que el paciente hace de los diferentes aspectos de su vida en relación con su condición de salud actual, como también lo considera la EORTC (Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer).



VII. MATERIAL Y MÉTODO.

7.1. Tipo de estudio: Este estudio es de corte transversal, en el que se aplicaron técnicas e instrumentos como la escala de Resiliencia, Escala TMMS-24 y Cuestionario de Salud SF-36, que de manera cuantitativa mide niveles de resiliencia, dimensiones de inteligencia emocional y dimensiones de calidad de vida; paralelamente se aplicaron entrevistas semi-estructurada y grupo focales para profundizar de forma cualitativa sobre la percepción de las mujeres con cáncer acerca de su enfermedad integrantes de la organización “ASOLCCAN”.

- Según enfoque metodológico, la investigación es de tipo cualitativo y cuantitativo.
- Según su cobertura temporal, es de tipo transversal ya que utiliza información para el fenómeno abordado en un momento único.
- Según su nivel, es de tipo correlacional.

7.2. Área de estudio: El estudio se realizó con mujeres que viven en la ciudad de Estelí, quienes están organizadas en la Asociación de Lucha contra el Cáncer “ASOLCCAN”, Estelí-Nicaragua; con oficinas centrales en la misma ciudad. ASOLCCAN, registrada en la gaceta número 217, como una organización de carácter civil, privada, no gubernamental, de carácter altruista y social sin fines de lucro.

7.3. Población: Está constituida por un total de 20 mujeres afectadas con cáncer de mama y forman parte de “ASOLCCAN”, en el periodo comprendido Marzo- Septiembre del 2013. Se trabajó con el total de sus integrantes, con el objetivo de lograr una mayor validez en los resultados. Por lo tanto al ser un grupo pequeño no habrá muestra.



7.4. Criterios de exclusión:

1. Que las personas no sean integrantes de “ASOLCCAN”.
2. Que no presenten una patología de cáncer mamario.
3. Oposición a participar en el estudio
4. Pacientes con cáncer de mama que no tengan registros médicos.

7.5. Control de sesgos:

1. Ambiente de confiabilidad entre investigadora y población de estudio.
2. Momento propicio en aplicación del instrumento.
3. Comprensión de las preguntas del instrumento.

7.6. Solución a posibles sesgos:

1. Se informó con anterioridad sobre el estudio a realizar.
2. Se acordaron fechas convenientes para las participantes.
3. Propiciar un ambiente propicio, donde se pueda tener una conversación tranquila sin ruido e intervenciones externas.
4. Explicación previa de la ficha para lograr una familiarización con los instrumentos.
5. Aclaración de dudas al momento de la aplicación del instrumento.

7.7. Método e instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de los datos, primero se solicitó el consentimiento de la directora del centro ASOLCCAN, mediante un documento formal, donde se explicó los objetivos de investigación y beneficios tanto para el centro, como para los miembros del mismo. Se planificaron fechas para la recopilación de los datos, estas se informaron de antemano a las autoridades de la asociación “ASOLCCAN”. Dichas fechas se acordaron en conjunto con los miembros y autoridades, con el objetivo de no interferir en las labores del centro.

La forma de proceder fue con un enfoque integrador donde se utilizaron técnicas cuantitativas y técnicas cualitativas; unas para lograr precisión en los datos que permitan asumir conclusiones y generalizaciones y otras para comprender en su totalidad el



fenómeno y profundizar en el conocimiento, logrando una visión más amplia en los aspectos globales del mismo.

7.7.1. Enfoque cuantitativo: Permitió la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación, confía en la numeración, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

La obtención de datos cuantitativos se realizó a través de la aplicación de encuesta de datos socio-demográficos, Test The Resilience Scale™, Cuestionario de Salud SF-36 y la escala TMMS-24 (*Trait Meta-Mood Scale*). Estas escalas fueron administradas de forma oral y escrita con una duración aproximada de 30 minutos para una mejor comprensión de los instrumentos.

Encuesta de datos socio-demográficos, facilitó una mejor descripción de las características generales de las mujeres con cáncer de mama tales como: edad, estado civil, número de hijos, procedencia, escolaridad, ocupación, religión, tipo de cáncer, estadio clínico, y tratamientos.

Test Escala de Resiliencia™—Gail M. Wagnild & Heather M. Young, la construyeron con el propósito de identificar el grado de Resiliencia individual, característica de la personalidad que permiten la adaptación del individuo.

Comprende dos factores:

Factor I: Competencia personal; integrado por 17 ítems que indican: autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia.

Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida; representados por 8 ítems, y reflejan la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad.



La escala consta de 25 ítems en forma de aseveraciones, que van desde una escala de 7 puntos; donde 1 “totalmente desacuerdo”, hasta el 7 “totalmente de acuerdo”.

El nivel resiliente, es determinado según el puntaje obtenido, es decir, Alto: 151-175 puntos, Medio: 121-150, Bajo: 25-120 puntos.

Cuestionario de Salud SF-36.

El cuestionario de salud Sf-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en estados unidos, para su uso en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS) es una escala genérica que proporciona un perfil el estado de salud en general, estado funcional y la calidad de vida, aplicable tanto a pacientes individuales como a población en general.

Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la calidad de vida relacionada con la salud.

Cuenta con 8 dimensiones que representan los conceptos de salud, aspectos relacionados a la enfermedad y el tratamiento: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental.

La administración de la Encuesta de Salud SF-36, puede ser completada por el paciente utilizando lápiz y papel o por medio de la administración informatizada, así como un administrador entrenado en nombre del paciente; la encuesta tiene un tiempo de aplicación de 5-10 minutos.



Las puntuaciones de la escala son una suma de todos los elementos de la especificación de las 8 dimensiones y no requieren de una mayor normalización o ponderación. Los resultados están estandarizados para un rango de 0-100, donde 0 (peor estado de salud y 100 (mejor estado de salud). Las puntuaciones se basan normas: Media = 50, Desviación Standard = 10; puntuación de interpretación; 50 es el promedio, 0-49 es inferior a la media; 51-100 es encima de la media. (Vilagut G, 2005. Barcelona, España).

Escala TMMS-24.

La TMMS-24 está basada en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. Es una escala rasgo que evalúa el meta conocimiento de los estados emocional mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la Inteligencia Emocional con 8 ítems cada una de ellas:

- Percepción emocional.
- Comprensión de sentimientos.
- Regulación emocional.

Estas escalas fueron administradas de forma oral y escrita para una mejor comprensión de los instrumentos.

La puntuación obtenida en cada una de las tres subescalas debe ser comparada con la información presentada en la tabla presentada a continuación. Si se obtienen valores clasificados como "escasos" o "excesivos" hay que entender que ese factor debería ser mejorado o corregido.



Puntos de corte

Subescala		Hombres	Mujeres
Percepción	Escasa	< 21	<24
	Adecuada	22 a 32	25 a 35
	Excesiva	> 33	> 36
Comprensión	Escasa	< 25	< 23
	Adecuada	26 a 35	24 a 34
	Excelente	> 36	> 35
Regulación	Escasa	< 23	< 23
	Adecuada	24 a 35	24 a 34
	Excelente	> 36	> 35



7.7.2. Enfoque cualitativo: Se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones, observaciones y análisis sistemático de materiales narrativos, que encierran un alto contenido subjetivo. (Sampieri, 2002).

Del universo de las 20 mujeres se seleccionaron 10 mujeres que fueron convocadas por la organización ASOLCCAN en la ciudad de Estelí; tomando los criterios de disponibilidad de tiempo y apertura a compartir su percepción acerca de su enfermedad de cáncer de mama y colaborar con la investigación.

Se aplicaron técnicas cualitativas tales como: entrevistas semi-estructurada y grupo focal.

Para la **entrevista semi-estructurada** se elaboró una guía de preguntas definidas previamente, adaptadas para obtener más y mejor información. La forma de administración fue de forma oral y escrita con una duración aproximadamente de 30-40 minutos; orientadas a captar e indagar su percepción en el afrontamiento del cáncer de mama de forma más profunda.

Grupo focal; esta técnica facilitó conversaciones libre y espontáneas, que permitieron conocer las distintas opiniones, percepción y creencias de una forma más global, que las mujeres tienen sobre su enfermedad de cáncer de mama.

Se motivó a las participantes haciéndoles ver que su información es importante para el estudio. Los diálogos fueron grabados con autorización de las entrevistadas; posteriormente todo el contenido fue transcrito en su totalidad, siendo anotadas todas las expresiones de sentimientos, llantos y entonaciones, con la finalidad de captar todas las informaciones, pausas y ruidos contenidos en la grabación. Estas técnicas se llevaron a cabo en un local adecuado y escogido por las participantes en donde ellas se sintieran a gusto y de esta forma facilitar una conversación abierta y confiable.



7.8. Plan de análisis de datos.

Para la elaboración de este estudio se realizaron los siguientes tipos de análisis:

Cuantitativamente.

1. **Descriptivo:** Incluye porcentajes para las variables socio-demográficas, niveles de resiliencia, dimensión de inteligencia emocional y dimensión de calidad de vida. Una vez obtenidos estos resultados se procede al análisis correlacional que se describe a continuación.
2. **Correlacional:** Para calcular todas las medidas de asociación entre las variables de resiliencia, inteligencia emocional frente a calidad de vida, para esto se utilizaron fórmulas de correlación múltiple.

El análisis de correlación es un conjunto de técnicas estadísticas empleado para medir la intensidad de la asociación entre variables.

El valor del coeficiente de correlación puede tomar valores desde menos uno hasta uno, indicando que mientras más cercano a uno sea el valor del coeficiente de correlación, en cualquier dirección, más fuerte será la asociación entre las variables. Mientras más cercano a cero sea el coeficiente de correlación indicará que más débil es la asociación entre ambas variables. Si es igual a cero se concluirá que no existe relación alguna entre ambas variables.

Para esto se tomaron los porcentajes obtenidos de las variables independientes de resiliencia e inteligencia emocional (X^1 y X^2) quienes proporcionan las bases para el cálculo; y los porcentajes obtenidos de la variable dependiente calidad de vida (Y) que se pretende predecir o calcular.

El procesamiento de los datos recolectados se realizó mediante el programa EXCEL 2013, el cual permitió establecer correlaciones y lograr una mejor organización de la información, comprensión en tablas y/o gráficos.



Cualitativamente.

- **Análisis de contenidos y viñetas:** Para categorizar las respuestas de la entrevista semi-estructurada y grupo focal, para esto se retomaron una serie de fases que permitan el análisis de los resultados:

- a) La transcripción y exploración y revisión de la información** a partir de las fichas de registro, grabaciones, papelógrafos, notas de observación.
- b) Categorización**, es decir, la agrupación conceptual que se ajustase al contenido analizado y al objetivo de investigación.
- c) Codificación**, se realizó mediante la identificación de palabras, frases o párrafos que consideremos tienen una significación destacable en relación a nuestros objetivos de estudio.

Al mismo tiempo que vamos identificando estos elementos de significación, les vamos a ir asignando un código, que intente compilar el significado.

- d) Representación de la información**, con lo que se indica el proceso de transformación y ordenación de los datos, de forma que sea posible su presentación, para esto se utilizó una matriz de categorías, subcategorías y significados de los más relevante, desde la perspectiva del objetivo de la investigación.
- e) Confiabilidad y valides de los resultados**, se evaluó y realizó un familiarización de la información recolectada, constatando que fue suficiente y relevante; seguidamente se realizó una triangulación con otros estudios, autores y análisis de la investigadora que arrojen conclusiones similares.



7.9. Consideraciones éticas.

Para la investigación se tomó en cuenta:

1. Previo al estudio se solicitó, autorización de la asociación ASOLCCAN.
2. Se solicitó la disposición en la participación del estudio a cada individuo.
3. Se mantiene la confidencialidad y anonimato de la información brindada por las entrevistadas.
4. Se dio a conocer el propósito de la investigación.
5. Por respeto a las mujeres participantes del estudio, en los testimonios se utilizaron nombres ficticios.
6. Se brindaron y compartieron los resultados con la organización y las mujeres participantes.
7. Se preserva la integridad física y psicológica de las participantes.



7.10. Matriz de descriptores.

	Variabl e	Tipo de variab le	Definici ón concep tual	Dimensio nes	Definic ión de dimen siones.	Valores	Técnicas
1	Factore s socio demogr áficos	Cuanti tativa	Reflejo de las caracte rísticas sociales de una població n.	Edad	Tiempo transc urrido en años desde el nacimie nto hasta la fecha del diagnó stico.	Mayor de 30 años	Aplicación de encuesta socio-demogr áfica.
						30-39 años.	
						40-49 años.	
						50-59 años.	
						60 + anos.	
		Estado civil	Condici ón particul ar que caracte riza a una person a en lo	Soltera			
				Casada			
				Divorciada			



				que hace a sus vínculos personales con otro individuo.	unión libre	
					Viuda	
			Hijos/as	Cantidad de hijos e hijas procreados	1	
					2	
					3	
					4	
					5	
					6	
			Procedencia	Lugar de residencia.	Rural	
					Urbano	
			Religión	Dogmas, normas o prácticas con respecto a una divinidad.	Católica	
					Evangélica	
					Otras	



				Escolaridad	Grado académico que logra un individuo.	Analfabeta	
						Primaria	
						Secundaria	
						Técnico	
						Universitario	
				Ocupación	Actividad a la que se dedica.	Ama de casa	
						Maestra	
						Enfermera	
						Comerciante	
						Empleada Domestica	
						Otras	
				Estadios	Dimensión anatómica que abarca el tumor, en un lugar determinado en este caso la mama, con extensión local o a distancia, basada	0	
						IA	
						IB	
						IIA	
						IIB	
						IIIA	
						IIIB	
						IV	



				s en el TNM.		
			Tipo de cáncer mamario	Dimens ión anatóm ica y tipo de cáncer en un lugar determi nado en este caso la mama.	Carcinoma in situ o Carcinoma Intraductal. Carcinoma Ductal in situ (DCIS). Carcinoma Lobular in situ (LCIS), o Neoplasia Lobular. Tumores Invasivos Ductales y Lobulares. Cáncer de mama locorregional. Cáncer de mama localmente avanzado. Carcinoma inflamatorio de mama. Cáncer de mama diseminado	
					Radioterapia	



				Tratamiento.	Sistema o método para curar enfermedades.	Quimioterapia			
						Hormonales			
						Cirugías			
						Biopsia			
						Psicológico			
						Otras			
2	Resiliencia	Cuantitativa	Capacidad de sobreponerse y salir fortalecido ante situaciones adversas.	Grado de Resiliencia que presenta un individuo.	1. Nivel alto: 151-175 puntos 2. Nivel medio: 121-150 puntos 3. Nivel bajo: 25-120 puntos	Aplicación de la escala de Resiliencia Wagnil & Young.			
	Inteligencia emocional.	Cuantitativa.	Conjunto de actitudes, competencias, destrezas y habilidades que determinan la conducta de un individuo, sus reacciones, estados	Mide tres dimensiones de la inteligencia emocional. <ul style="list-style-type: none"> • Percepción. • Comprensión. • Regulación. 	Percepción emocional.	Escasa < 21	< 24	Escala de inteligencia emocional.	
						Adecuada 22 a 32	25 a 35		
						Excesiva > 33	> 36	Trait Meta-Mood Scale (TMMS).	
					Comprensión de sentimientos.	Escasa < 25	< 23		
						Adecuada 26 a 35	24 a 34		
						Excelente > 36	> 35		



			mentales y su estilo de comunicar.		Regulación emocional.	Escasa	< 23	< 23	
						Adecuada	24 a 35	24 a 34	
						Excelente	> 36	> 35	
Calidad de Vida.	Cuantitativa.	Percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones", es un concepto	Función física.	8 dimensiones que representan los conceptos de salud, aspectos relacionados a la enfermedad y el tratamiento, de los cuales se obtiene un puntaje total.	Enfoque Rand. Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 puntos. 0 (peor estado de salud) 100 (mejor estado de salud) Las puntuaciones se basan en normas: Media = 50, Desviación Standard = 10; Puntuación de interpretación; 50 es el promedio, 0-49 es inferior a la media; 51-100 es encima de la media.	Cuestionario de Salud Sf-36.			
			Rol Físico						
			Dolor Corporal.						
			Salud en general.						
			Vitalidad.						
			Función Social.						
			Rol Emocional						
Salud mental.									



			coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora a las áreas (facetas) física, psicológica, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad, este fue el concepto de calidad de vida que orientó el desarrollo del presente				
--	--	--	---	--	--	--	--



			trabajo de investigación.				
3	Influencia de la resiliencia e inteligencia emocional en la calidad de vida de mujeres con cáncer.	Cuantitativa	Nivel de correlación entre resiliencia e inteligencia emocional y la calidad de vida.	1. Fuerte e inversa 2. Fuerte y directa 3. Débil 4. Dependencia funcional.	El coeficiente de correlación varía de -1 a más +1; Es decir a mayor X mayor Y o a mayor X menor Y; según las puntuaciones. El signo (+,-) indica la dirección de la correlación (positiva o negativa) y el valor numérico la magnitud de la correlación.	1. coeficiente de correlación lineal= r_{a-1} 2. coeficiente de correlación lineal= $r_{a 1}$ 3. coeficiente de correlación lineal= $r_{a 0}$ 4. recta creciente y decreciente Si $r = 1$ ó -1	Fórmulas estadísticas de Correlación; y Prueba t para medidas de dos pruebas emparejadas, que permita obtener la significancia. Programa Excel.
						Significancia	



				Significan cia.	La significan cia de la correlació n se establece si “S” es menor al nivel 0.1 (99% de que la correlació n sea verdader a y 1% de probabilid ad de error).	S < .01.	
Descriptor s	Tipo de descri ptore s	Definici ón concept ual	Dimensiones		Valores	Técnic as	
Percepción acerca de la enfermedad de cáncer de mama.	Cualit ativa.	Conocim ientos, concepto s y apreciaci ón acerca su enferma d de cáncer de mama.	Positivo. Negativo.		1. ¿Para usted que es cáncer de mama? 2. ¿De qué manera ha influido en su vida, haber sido diagnostica da de cáncer de mama? 3. ¿Qué factores considera	Entrevist a semiestr ucturada · Grupo focal.	



				<p>que han facilitado enfrentar el cáncer de mama?</p> <p>4. ¿Qué aprendizajes le genera reflexionar sobre esta temática de cáncer de mama?</p>	
--	--	--	--	---	--



VIII. RESULTADOS.

Este estudio presenta la influencia de resiliencia e inteligencia emocional en la calidad de vida y la percepción de mujeres con cáncer de mama organizadas en la asociación ASOLCCAN en la ciudad de Estelí. De un total de 20 mujeres participantes en el estudio podemos describir primeramente; las principales características socio-demográficas, así como la estadística descriptiva de las variables del estudio, los porcentajes y frecuencias encontradas. (Ver Tabla # 1).

La segunda parte de la descripción de resultados se basa en presentar los niveles de resiliencia, dimensiones de inteligencia emocional y dimensiones de calidad de vida encontradas en las participantes del estudio.

Una tercera parte presenta las correlaciones, entre las variables de resiliencia e inteligencia emocional frente a la calidad de vida.

Finalmente se presentaran los resultados cualitativos enfocados en la percepción de las mujeres acerca de su enfermedad.

8.1. Características socio demográficas.

La edad de las mujeres participantes se encuentra en los rangos de 30 a 65 años, donde el 45 % corresponde a las edades de 40-49 años, el 30% a las edades de 50-59, y el 10% a edades mayores de 60 años. La categoría de edad más relevante se encuentra entre 40 a 49 años, con una frecuencia de 9 mujeres que corresponde al 45% de la población total.

En cuanto al estado civil, el 40% (8), son mujeres solteras; el 35% (7) casadas; 15% (3) divorciadas; 5%(2) son viudas y 5% (1) se encuentra en unión libre.

Respecto al número de hijos, se encontró un promedio de 2.9 hijos por mujer. No obstante el 30% (6) tienen 2 hijos; el 25% (5) tiene 3 hijos; 10% (2) tiene 5 hijos; otro 10% (2) no tienen hijos, 5% (1) tiene 4 hijos y un 5% (1) tiene 1 hijo.



Con relación al lugar de procedencia, un mayor porcentaje de 95% (19) procede de la zona urbana, y un 5% (1) de la zona rural.

Al consultarles sobre el tipo de religión que profesan, el 65% (13) dicen ser católicas, y el 35% (7) evangélicas.

La escolaridad de las participantes, varía entre primaria con 5% (1), secundaria 40% (8), técnica 10% (2) y un porcentaje más alto en de nivel universitario con 45% (9). En relación a la ocupación de las mujeres del estudio se encontró que el 50% (10) son ama de casa, 20% (4) se dedican a la docencia, 20% (4) a comerciantes y 10% (2) a otras.



Tabla 1. Características socio demográficas.

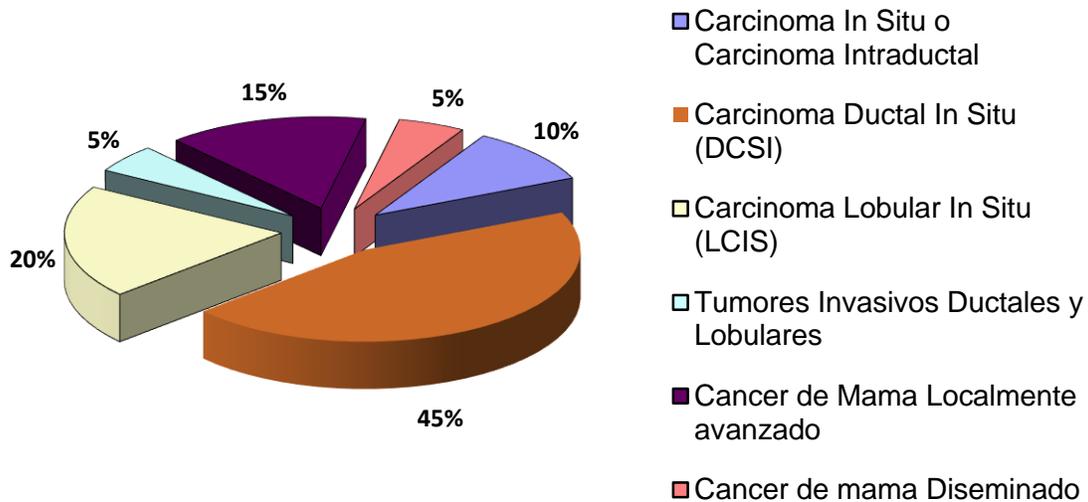
Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad	30-39 Años	3	15%
	40-49 Años	9	45%
	50-59 Años	6	30%
	60 o Mas	2	10%
	Total	20	100%
Estado Civil	Soltera	8	40%
	Casada	7	35%
	Divorciada	3	15%
	Viuda	1	5%
	Unión Libre	1	5%
Total	20	100%	
Número de Hijos	0	2	10%
	1	1	5%
	2	6	30%
	3	5	25%
	4	1	5%
	5	2	10%
	6	3	15%
Total	20	100%	
Procedencia	Rural	1	5%
	Urbana	19	95%
	Total	20	100%
Religión	Católica	13	65%
	Evangélica	7	35%
	Otras	0	0%
	Total	20	100%
Escolaridad	Primaria	1	5%
	Secundaria	8	40%
	Universitaria	9	45%
	Técnica	2	10%
	Total	20	100%
Ocupación	Ama de casa	10	50%
	Maestra	4	20%
	Comerciantes	4	20%
	Otras	2	10%
	Total	20	100%

Fuente: Cuestionario, Características Socio-demográficas.



Como se observa en la Figura # 1, se muestran los resultados de las frecuencias y porcentajes en cuanto al tipo de cáncer mamario, predominando el Carcinoma Ductal In Situ (DCSI) con 45% (9), Carcinoma Lobular In Situ (LCIS) 20% (4), Cáncer de Mama Localmente avanzado 15% (3), Carcinoma In Situ o Carcinoma Intraductal 10% (2), Cáncer de Mama Diseminado 5% (1), Tumores Invasivos Ductales y Lobulares 5% (1).

Figura 1. Frecuencias de tipos de cáncer mamario.

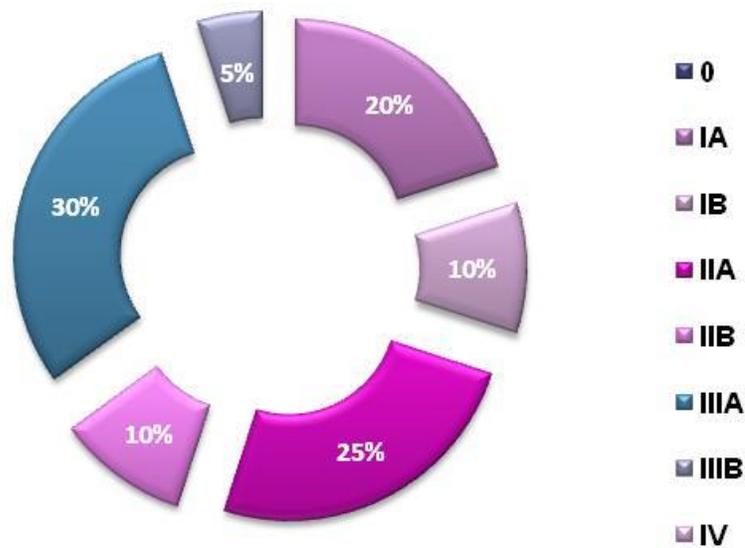


Fuente: Cuestionario, Datos socio-demográficos.
Expedientes clínicos ASOLCCAN.



Se obtuvo información clínica acerca de los estadios clínicos los cuales determinan al diagnóstico y pronóstico de la patología, se puede observar en la Figura # 2, el Estadio IIA con 25% (5), Estadio IIIA 30%(6), Estadio IA 20% (4), estadio IB 10% (2), Estadio IIB 10% (2) y Estadio IIIB 5% (1).

Figura 2. Porcentajes de los Estadios Clínicos del Cáncer de Mama.

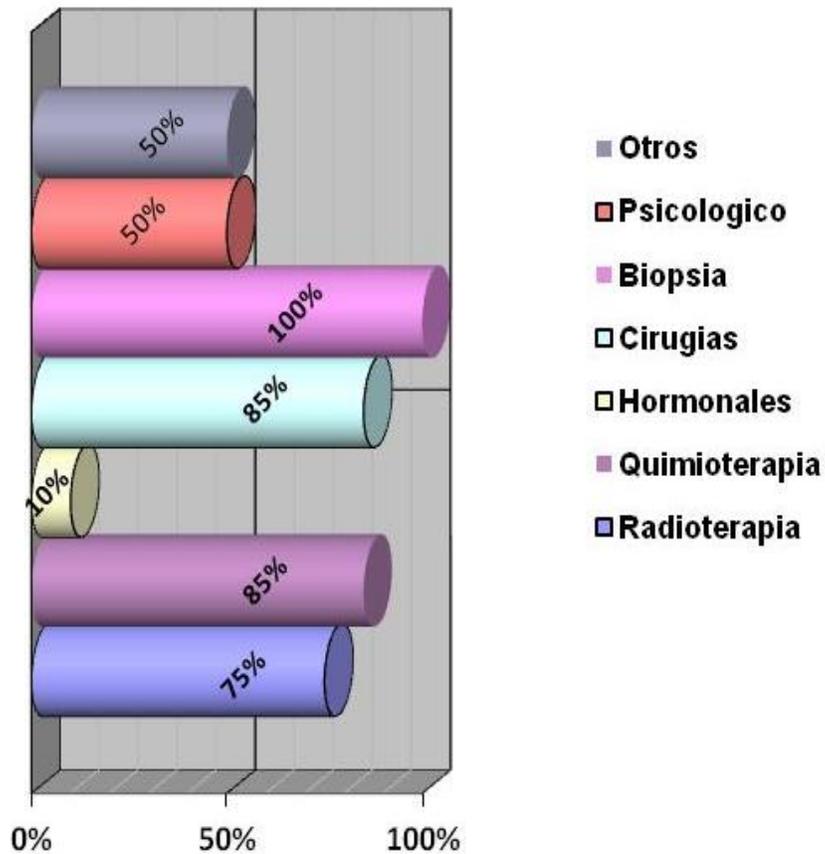


Fuente: Cuestionario, Datos socio-demográficos.
Expedientes clínicos ASOLCCAN.



En relación a los tratamientos del cáncer de mama recibidos por las mujeres participantes, se muestra en la figura # 3, que la Biopsia tiene un porcentaje de 100% (20), Quimioterapia 85% (17), Cirugías 85% (17), Radioterapia 75% (15), Psicológico 50% (10), Otros 50% (10) y Hormonales 10% (2).

Figura 3. Porcentajes de tratamientos de cáncer de mama realizados.



Fuente: Cuestionario, Datos Socio-demográficos.
Expedientes clínicos ASOLCCAN.



8.2. Determinar los niveles de Resiliencia, Dimensiones de Inteligencia Emocional y Calidad de Vida en mujeres con Cáncer de Mama.

8.2.1. Niveles de Resiliencia.

La presente investigación busco determinar los niveles de resiliencia en 20 mujeres con cáncer de mama organizadas en la asociación ASOLCCAN en la ciudad de Estelí.

Se realizó a través de la Escala de Resiliencia™ elaborado por Gail M. Wagnild & Heather M. Young, quienes proponen identificar el grado de resiliencia individual, y características de la personalidad que permiten la adaptación del individuo.

El nivel de resiliencia está determinado según el puntaje obtenido, con intervalos de nivel Alto: 151-175, Medio: 121-150 y Bajo: 25-120.

El estudio refleja un promedio de Resiliencia de 131, con un nivel de confianza del 95%. Además se puede observar en la tabla un mayor porcentaje en el Nivel Medio con 65% equivalente a 13 mujeres, Nivel Bajo de 25% (5) y Nivel Alto de 10% (2). (Ver Tabla # 2).

Tabla 2. Nivel de Resiliencia

	Bajo	Medio	Alto	total
Frecuencia	5	13	2	20
Porcentaje	25%	65%	10%	100%

Fuente: Propia. Cuestionario de Resiliencia.



8.2.2. Dimensiones de Inteligencia Emocional.

La inteligencia emocional es otra variable de estudio en esta investigación.

Para su medición se utilizó la escala de Inteligencia emocional TMMS-24 está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La cual evalúa el meta-conocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la Inteligencia Emocional con 8 ítems cada una de ellas: Percepción emocional, Comprensión de sentimientos y Regulación emocional.

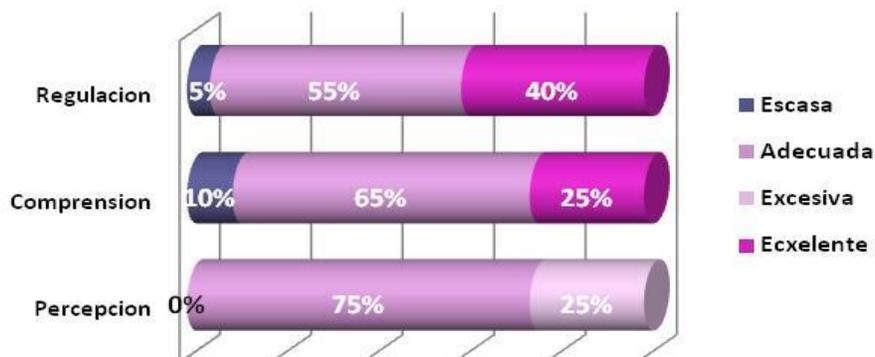
En la Figura # 4 se muestran los resultados de las 20 mujeres participantes con mayores proporciones de:

Percepción: Adecuada de 75% con frecuencia de 15 mujeres.

Comprensión: Adecuada de 65% con frecuencia de 13 mujeres.

Regulación: Adecuada de 55% con frecuencia de 11 mujeres.

Figura 4. Dimensión de la Inteligencia Emocional.



Fuente: Propia. Cuestionario Inteligencia Emocional (TMMS – 24).



8.2.3. Dimensiones de Calidad de Vida.

En relación a la medición de la calidad de vida, se retomó el cuestionario SF-36; es una encuesta de salud de usos múltiples en las medidas de estado de salud general, el estado funcional y calidad de vida.

Cuenta con 8 dimensiones que representan los conceptos de salud, aspectos relacionados a la enfermedad y el tratamiento: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental.

Las puntuaciones de la escala son una suma de todos los elementos de la especificación de las 8 dimensiones y no requieren de una mayor normalización o ponderación. Los puntajes van de 0 -100, donde 0 (peor estado de salud) y 100 (mejor estado de salud).

A continuación se presentan los resultados de calidad de vida encontrados en las 20 mujeres participantes del estudio. Teniendo un resultado significativo en peor estado de calidad de vida con 45% (9), mejor estado de calidad de vida 55% (11), (Ver Tabla # 3).

Tabla 3. Dimensiones de Calidad de Vida.

Estado	Frecuencia	Porcentaje
Mejor	11	55
Peor	9	45
	20	100

Fuente: Propia. Cuestionario Dimensiones de Calidad de vida (SF-36)



8.3. Correlación entre Resiliencia e Inteligencia Emocional, frente a la Calidad de Vida en mujeres afectadas con cáncer de mama.

En esta parte del estudio, se utilizó el análisis de correlación múltiple a través de fórmulas estadísticas del programa Excel; el cual permitió analizar la relación entre los puntajes correspondientes y establecer el grado de asociación entre los niveles de Resiliencia e Inteligencia Emocional frente a la Calidad de Vida.

8.3.1. Correlación entre Resiliencia y Calidad de Vida.

Tomando los porcentajes obtenidos de resiliencia correspondiente a la variable independiente X^1 y los porcentajes obtenidos de calidad de vida que corresponden a la variable dependiente Y , se realizó el análisis de correlación estadístico mostrando que:

Si existe una correlación positiva considerable entre resiliencia y calidad de vida; ya que a mayor resiliencia, mayor calidad de vida; donde $r = .72$. $p < .01$. (99% de confianza que la correlación sea verdadera y 1% de probabilidad de error). (Ver Tabla # 4).

Tabla 4. Correlación entre Resiliencia y Calidad de Vida.

<i>Estadísticas de la regresión</i>	
Coefficiente de correlación múltiple	0.72
Coefficiente de determinación R^2	0.514644068
R^2 ajustado	0.48767985
Error típico	9.939662786
Observaciones	20

Fuente: Propia, análisis estadístico Excel.



8.3.2. Correlación entre Inteligencia Emocional y Calidad de Vida.

Tomando los porcentajes obtenidos de inteligencia emocional correspondiente a la variable independiente X^2 y los porcentajes obtenidos de calidad de vida que corresponden a la variable dependiente Y, se realizó el análisis de correlación estadístico mostrando que:

Si existe una correlación positiva considerable entre inteligencia emocional y calidad de vida; ya que a mayor inteligencia emocional, mayor calidad de vida, donde $r = .68$, $p < .01$. (99% de confianza que la correlación sea verdadera y 1% de probabilidad de error). (Ver tabla # 5).

Tabla 5. Correlación entre Inteligencia Emocional y Calidad de Vida.

<i>Estadísticas de la regresión</i>	
Coeficiente de correlación múltiple	0.68
Coeficiente de determinación R^2	0.4658
R^2 ajustado	0.3590
Error típico	10.4176
Observaciones	20

Fuente: Propia, análisis estadístico Excel.



8.4. Percepción de las mujeres con cáncer de mama acerca de su enfermedad.

El abordaje metodológico a través de técnicas y resultados cualitativo hace énfasis al cuarto objetivo de la investigación “Indagar sobre la percepción de las mujeres con cáncer de mama acerca de su enfermedad”, desarrollado a través de la entrevista semi-estructurada y grupo focal, a partir de preguntas generadoras, sobre la cual las 20 mujeres participantes del estudio respondieron desde su testimonio y experiencia con el cáncer de mama.

Los resultados se presentan en tablas a partir del análisis de categorías y subcategorías con su respectivo código y significados que resultan de expresiones, comentarios y entonaciones y testimonios por parte de las mujeres que tienen vinculación con el planteamiento del problema y objetivo propuesto. (Ver tabla # 6).



Tabla 6. Resultados de datos cualitativos a través de entrevista y grupo focal a partir de categorías y subcategorías.

Categorías – Código	Subcategorías	Resultados
Percepción sobre el concepto de cáncer de mama.	Concepto de cáncer de mama.	ψ <i>Es una enfermedad de la mujer en la que se pasa por muchos cambios físicos debido a los síntomas”</i>
	Nivel de afectación del Cáncer de mama.	ψ <i>Es la multiplicación desordenada de células que llega a un momento que se aglomeran formando un tumor</i>
	Origen del cáncer de mama.	ψ <i>Son nódulos o ganglios que afectan la parte de la mama de la mujer...”es un virus que me ha provocado reacciones complicadas en mi cuerpo.</i>
	Síntomas del cáncer de mama.	
	Conceptos del cáncer de mama.	ψ <i>Es una enfermedad originada por el estrés y la depresión que todos tenemos pero que solo algunas personas se les desarrolla.</i> ψ <i>Es una enfermedad peligrosa, devastadora, mortal y que hay recibir el tratamiento necesario.</i>



		<p>ψ <i>Es una enfermedad que afecta a la mujer y su familia, cambio mis planes, apenas me lo dijeron me puse muy mal; me senté a llorar. Lo primero que pensé fue en mis hijos sobre todo porque mi esposo también estaba enfermo y yo sola tenía que enfrentar mi enfermedad, mantener a mi familia”.</i></p>
Influencia del cáncer de mama en la calidad de vida. ICCV	Incidencia del cáncer de mama en la vida personal – emocional, afectivo - psicológico	<p>ψ <i>Me costó dejar a mis hijos fue difícil, para mi viajar para recibir el medicamento de la quimioterapia, además no tenía dinero para el pasaje y tenía que rebuscar para pagarlo”...”</i></p>
	Incidencia del cáncer de mama en el ámbito familiar.	<p>ψ <i>Al inicio me asuste, pensé que ya me iba a morir.... No sabía qué hacer, es que me preocupe por el hecho de morir. Pero ahora aquí estoy luchando.</i></p>
	Incidencia del cáncer de mama en el ámbito comunitario.	<p>ψ <i>No lo tome como castigo o desgracia... mi vida tomo otro rumbo más positivo de cambio mental, emocional y físico.</i></p>



	Incidencia del cáncer de mama en lo espiritual – religioso.	<p>ψ <i>Pensé: me voy a morir... fue inevitable pensar en la muerte... mis proyectos se me frustraron, más problemas para la familia y muchas preguntas económicas sin respuesta.</i></p>
	Incidencia del cáncer de mama en el ámbito económico.	<p>ψ <i>Ha influido de manera negativa, lo que primero pensé es que me iba a morir</i></p> <p>ψ <i>Al inicio tome las cosas con calma ya que tengo mucha fe en DIOS... pero es duro... es una enfermedad muy dolorosa.</i></p> <p>ψ <i>ha influido en mi vida porque ahora ya no puedo hacer lo que antes hacía, tengo que cuidarme más... ya no puedo trabajar igual, tengo que estar en reposo, dedicar tiempo a mi salud, mi familia.... Gracias a DIOS mi familia se ha unido más... lo que más me preocupaba eran mis hijos pequeños.</i></p>



		<p>ψ <i>Me ha causado mucho dolor y depresión a mí y a mi familia... nos ha afectado a todos... fue duro cuando me cortaron toda la mama izquierda y perder mi pelo... ver mi cabeza calva y usar peluca...</i></p> <p>ψ <i>De forma negativa, mi vida cambio totalmente... ya no tengo una mama y se me cayó mi pelo y es difícil verme así.</i></p> <p>ψ <i>Me preocupa que no tengo mucho dinero para pagar mi tratamiento, estar dependiendo de mis hijos”;</i></p> <p>ψ <i>Me ha costado mucho, es difícil para mí y mis hijos, ellos tiene que buscar cómo conseguir para pagarme el medicamento.</i></p> <p>ψ <i>Ha influido en toda mi vida, desde lo personal, familiar, amistades, religión...</i></p>
--	--	--



Principal factor que ha facilitado enfrentar positivamente el cáncer de mama. PFR	Espiritualidad.	<p>ψ <i>DIOS me ha ayudado a aguantar esta enfermedad... DIOS, él me ha dado la fortaleza, sin él no sería nada. Mi fe en DIOS me ha sacado adelante... DIOS.... La fe y la confianza que tengo en el me ayuda en mi enfermedad....</i></p> <p><i>DIOS me ha dado la fuerza... para enfrentar las cosas con positivismo... el esfuerzo que hago para solventar los gastos... DIOS me ha ayudado en todo, sin él ya me habría muerto, el me fortalece...DIOS es mi roca y por el estoy viva todavía...Mi fe y mi perseverancia... la paciencia que tengo y el seguir el tratamiento...La oración porque es la fe y la esperanza puesta en DIOS para poder superar esta enfermedad y sus síntomas... DIOS me ha dado fortaleza a mí, a mis hijos y esposo.</i></p> <p>ψ <i>La consideración de mi familia y la medicina porque además de cáncer de mama, tengo diabetes y estoy en silla de rueda, el apoyo de mi familia y el amor a mis hijos.... Vivo por</i></p>
	Familia y amistades.	
	Atención médica y tratamiento.	



		<p>ellos... <i>Mi oración, y que siempre tengo compañía.</i></p> <p>ψ <i>El apoyo que me ha dado mi familia, la fe que tengo, la fuerza, la comunicación con mi doctor.</i></p> <p>ψ <i>Mi estado de ánimo positivo. Mis experiencias vividas me fortalecen y la parte espiritual.</i></p> <p>ψ <i>Los doctores con su paciencia y la ciencia de la medicina.... La quimioterapia... Y el constante tratamiento.</i></p>
<p>Aprendizajes generados al reflexionar sobre la experiencia del cáncer de mama.</p>	<p>Testimonio, compartir la experiencia.</p>	<p>ψ <i>Que de DIOS depende la sanidad y tengo que aumentar mi fe, DIOS es real y me da salud. Que mi familia se unió y ahora tenemos más comunicación... no todo ha sido malo.... Porque de ahí mismo saque la fortaleza... para tener una vida más tranquila, a valorar más la vida, a dar gracias a DIOS y luchar para que todo lo malo no se repita.</i></p> <p>ψ <i>Siempre hay que tener fe en DIOS, se me que sanaré y que tengo que hacer obras buenas hacia mi prójimo, que con el tratamiento a tiempo me puedo sanar... Ahora</i></p>



		<p><i>puedo contar mi experiencia y eso me ayuda... me siento mejor cuando lo cuento.</i></p> <p>ψ <i>Que con la ayuda de DIOS y mi familia... si podemos salir adelante con el cáncer...Que ahora me doy cuenta del valor de la vida...</i></p> <p>ψ <i>He ganado una actitud positiva y una perspectiva de vida diferente, una capacidad de percibir la belleza a mi alrededor, y una tremenda sensación de orgullo en mí misma como mujer”.</i></p> <p>ψ <i>Valorar más la vida, ser más positiva, ayudar al prójimo que pasa esta enfermedad y a cuidar más de mí... para tener una mejor calidad de vida.</i></p> <p>ψ <i>Que es bueno hacerse chequeos para todas las mujeres en algún momento podemos estar predispuestas a padecer de cáncer de mama.</i></p> <p>ψ <i>Que nos debemos cuidar con la alimentación y desechar todos los químicos. Que con esta enfermedad, mi vida sigue...</i></p>
--	--	---



	<p><i>Aprender a vivir así con la enfermedad y ser más optimista... Que mi vida tiene sentido... Que aunque tenga esta enfermedad tengo que luchar por vivir...</i></p> <p>ψ <i>Como mujeres estar más pendiente de mí, chequearme a tiempo...</i></p> <p>ψ <i>Que es prevenible siempre y cuando uno se cuide, y que mi vida vale mucho.</i></p> <p>ψ <i>Que la vida es frágil, tengo que cuidar de mi salud desde que uno esta joven... un buen chequeo puede prevenir que el cáncer se desarrolle.</i></p> <p>ψ <i>Que si hubiera tenido valor de ir antes a revisarme.... Tal vez mi enfermedad hubiera estado comenzando y no habría sido necesaria la cirugía cuando me quietaron la mama.</i></p> <p>ψ <i>Que al inicio por no aceptar que tiene esta enfermedad de cáncer de mama, le afecta más económicamente, moral, familiar y espiritual... por eso las mujeres no deben tener miedo de chequearse.</i></p>
--	--



		<p>ψ <i>Que si me hubiera tratado en el tiempo oportuno.... Tal vez no habría avanzado tanto la enfermedad y no me hubieran quietado mi pecho... creo que hasta sería más económico y menos triste.</i></p>
--	--	---



IX. DISCUSIÓN.

El propósito de este trabajo fue identificar la influencia de la resiliencia e inteligencia emocional en la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. De igual forma profundizar en el rescate vivencial sobre la percepción de las mujeres en cuanto a su enfermedad y las implicaciones de esta en su calidad de vida.

Aunque la prioridad de la atención en salud en Nicaragua, debe ser la detección temprana del cáncer de mama, estudios como éste justifican la necesidad de brindar a las pacientes que son diagnosticadas, herramientas tales como la Resiliencia e Inteligencia Emocional que influyan en su Calidad de Vida, permitiéndoles afrontar de la mejor forma las implicaciones que el cáncer de mama tiene tanto en aspectos físicos como psicológicos y sociales, permitiendo que la mujer continúe con su proyecto vital en mejores condiciones, fortaleciendo sus redes sociales y entorno familiar en lugar de aislarse para enfrentar las dificultades del diagnóstico. Igualmente, las familias requieren ser capacitadas y sensibilizadas ante la situación de las pacientes para acompañarlas de forma más efectiva.

El análisis está basado en un total de 20 mujeres con cáncer de mama organizadas en la asociación ASOLCCAN de la ciudad de Estelí.

A continuación se discuten características socio-demográficas presentes en las mujeres participantes del estudio:



9.1. Características socio-demográficas relacionadas al cáncer de mama.

El grupo de edad más afectado por cáncer de mama fueron las pacientes entre 40 a 49 años con un porcentaje de 47.5%. Esto coincide con un estudio realizado en el Hospital Militar Dávila Bolaños donde se valoró los factores de riesgo en mujeres con cáncer de mama durante el año 2011. Las 91 pacientes estudiadas presentaron una edad media de 51 años al momento del diagnóstico, de acuerdo con los grupos de edad, el 38.5% de ellas fue diagnosticada en edades entre 40 y 49 años.

Otro estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología en México D.F; hace referencia al riesgo de padecer esta enfermedad en mujeres sobre todo después de los 40 años. Se analizaron las fichas de 301 pacientes con diagnóstico de cáncer mamario teniendo en cuenta su edad; a cada paciente seleccionada se le tomaron las biopsias en un periodo de 10 años, donde se encontró que la edad promedio de cáncer fue de 46 años.

Más de la mitad de las mujeres del estudio se encuentra con un estado civil de soltería, son mujeres con una carga económica, familiar y sentimental, por tanto son madres solteras que dependen únicamente de ella mismas para salir adelante con sus hijas e hijos. La presente investigación difiere de otros estudios en los que se demuestra, que para las mujeres casadas esta condición pueden ser un factor de protector de la salud, si se tiene en cuenta lo documentado por Shapiro (2001) y Sammarco y Konecny (2008), sobre el impacto positivo que tiene el sostén de la pareja en la calidad de vida de las mujeres afectadas por una enfermedad crónica.

Clásicamente se admitía que el riesgo de contraer un cáncer de mama, se encontraba en relación inversa con la paridad. Recientemente esta relación fue estudiada por Gabriela Torres Mejía y compañeros del Instituto Nacional de Salud Pública en México. Ellos se enfocan en: Factores reproductivos y cáncer de mama en América latina y el mundo.



Señalan que cuando las mujeres tuvieron el primer embarazo después de los 29 años, la posibilidad de presentar cáncer de mama fue casi del doble en comparación con las mujeres que lo tuvieron antes de los 20 años por tanto se han vinculado los factores reproductivos con el riesgo de contraer cáncer de mama. Con respecto a la presente investigación, Esto no se relaciona a los resultados encontrados en las mujeres ya que un número significativo tuvo 3 o más hijos.

El grupo de pacientes de procedencia urbana fue el que presentó mayor incidencia de cáncer de mama, representado por un 95%. Es probable que estos resultados se deban a la poca asistencia de las mujeres de zona rural a la consulta médica, bien por desconocimiento de la enfermedad, razones económicas, distancia y / o difícil acceso a la atención médica. Esto coincide con otro estudio relacionado a la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el HEODRA, se encontró que el mismo 95% de las mujeres atendidas son del área urbana. (Berger Chow Arelis; León, 13 de Noviembre de 2003).

El total de las participantes, pertenece a un grupo religioso; los más frecuentes son el católico y evangélico. Independientemente de su credo religioso, estas mujeres demostraron tener un alto grado de espiritualidad y fe en Dios; el cual atribuyen como principal factor para salir adelante. Se ha mostrado que la religión y la espiritualidad se relacionan significativamente con medidas de adaptación y con el tratamiento de síntomas en pacientes con cáncer. En un estudio cruzado con 170 pacientes de cáncer avanzado, se relacionó la forma positiva en que se manejan los asuntos religiosos y la calidad de vida, para esto se utilizó la escala McGill Quality of Life Questionnaire; (J Palliat Med, 2006), obteniendo puntajes altos en las áreas existenciales y de apoyo. Relacionándose de manera primordial con la capacidad de los pacientes de cáncer para continuar disfrutando de la vida a pesar de los altos grados de dolor o cansancio crónico.



En las entrevistas personales, el 100% hablaron de ciertos aspectos de su espiritualidad. Se identificaron con temas: "Dios como presencia reconfortante", "Cuestionamiento de la fe", "Auto transformación espiritual y actitud hacia los demás y reconocimiento de la propia mortalidad" "Profundización de la fe", "Aceptación" y "Orar por sí mismo". Un estudio internacional resalta que un mayor porcentaje de los afro-estadounidenses, las latinas y las personas identificadas como cristianos, fueron más propensos a sentirse reconfortados por Dios que otros grupos. (Levine EG, 2007).

El nivel universitario fue más frecuente en las participantes, lo que genera resultados positivos a este porcentaje. A diferencia de las mujeres con una escolaridad baja se encontró que hay un desconocimiento en cuanto a que es el cáncer mama y el autoexamen mamario. Por lo tanto son más susceptibles a ser detectadas en fase tardía con dicho tumor maligno. En comparación a una investigación realizada por especialistas del Foro Nacional del Cáncer en Chile, establece que entre el año 2000 y 2010 murieron a causa de esta patología 112.955 mujeres de 20 años a más, de los cuales el 54,83%, tenía estudios básicos y el 6,47% cursos superiores.

Las participantes del estudio, en su mayoría son amas de casa y a pesar de ser profesionales no ejercen laboralmente. Son pocas las que se desempeñan en el ámbito profesional. Esto genera sentimientos de inutilidad y dependencia de los demás. En contraste a otros estudios en relación al cáncer de mama femenino y ocupación. La incidencia de cáncer de mama en las mujeres trabajadoras es mayor en los sectores ocupacionales que implican un mayor nivel educativo y económico, (M, Pollán. Exposición Laboral y Cáncer de Mama; Instituto de Salud «Carlos III» de Madrid-España 2010).

El tipo más común de cáncer de seno es el carcinoma ductal, (National Cancer Institute, NCI, EE. UU. Enero, 2013). Este cáncer empieza en las células que revisten los conductos del seno. Casi 7 de cada 10 mujeres con cáncer de seno tienen carcinoma ductal. Esto coincide con los resultados encontrados ya que el 45% de las mujeres presenta este tipo de cáncer.



En cuanto al estadio clínico, encontramos mayoría en un estadio avanzado IIIA con un 30% esto se debe sobre todo a la captación tardía en las unidades hospitalarias, poca información de las pacientes acerca de la detección precoz del cáncer de mama, y desconocimiento del auto examen de mamas lo que hace aumentar los índices de vulnerabilidad a esta enfermedad. Esto coincide con datos epidemiológicos de la Asociación de Mastología de Nicaragua, quienes reportan un 60% de los casos de cáncer de seno que llegan al sistema público de salud, como el Hospital Bertha Calderón y el Centro Nacional de Radioterapia, presentan un estadio avanzado (III y IV últimas etapas de la enfermedad)”.

Con relación a los tipos de tratamiento recibidos por estas pacientes, las 20 mujeres se realizaron Biopsia para determinar la existencia de células cancerígenas, y tratamientos combinados en los que predominó la cirugía, quimioterapia y radioterapia. Lo que trae beneficios ya que aumenta la posibilidad de una supervivencia prolongada. Según el del Instituto Nacional de Cancerología, el tratamiento integral del cáncer de mama es multidisciplinario, los manejos locorregionales son cirugía y radioterapia en cualquiera de sus tres modalidades (neoadyuvante, adyuvante y paliativa) y el tratamiento sistémico incluye la quimioterapia, la terapia endocrina y la terapia dirigida. (Claudia Arce Salinas, México 2010). Por otro lado, algunos autores han documentado que el hecho de haber recibido Quimioterapia y Radioterapia se encontró significativamente asociada a mayor fatiga, y ésta, a peores niveles de Calidad de Vida (p.ej., Graydon, 1994; Jansen et al., 2000). Estos autores resaltan en que estos son los tratamientos asociados a un mayor impacto en la calidad de vida de las pacientes.

Cabe señalar que solo la mitad de las mujeres participantes recibieron tratamiento psicológico, se encontró que estas mujeres tenían una mejor esperanza y actitud más positiva hacia la vida. Resaltaron la importancia de compartir todo su dolor con una persona externa a su familia, alguien con quien sentirse escuchada y no juzgada o estigmatizada. Se realizó un estudio con 250 mujeres canadienses en donde la intervención constaba de reuniones semanales para grupos de 8 a 12 mujeres y dos especialistas (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc.).



La terapia fomentó el apoyo entre los miembros del grupo, la expresión de las emociones y el intercambio de experiencias acerca de los efectos de la enfermedad sobre la persona misma y sobre las relaciones con la familia u otra/os, estas mujeres mostraron un mejor afrontamiento de su enfermedad. (Goodwin, Canadá, 2001).

9.2. Determinar los niveles de Resiliencia, Inteligencia Emocional y Calidad de Vida en mujeres con cáncer de mama.

9.2.1. Niveles de resiliencia.

La resiliencia no sólo llevaría a sobrellevar mejor el diagnóstico de cáncer de mama sino a salir fortalecida de esa situación. Por otro lado, para las participantes del presente estudio, el 65% obtuvo un nivel medio de resiliencia, esto se obtuvo a través de la aplicación de la escala de Resiliencia elaborada por Wagnild & Young.

Estos resultados llevan a pensar que los pacientes del estudio presentan características personales, tales como: Competencia personal; autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, perseverancia, aceptación de uno mismo y de la vida, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad, (Wagnild & Young, 1993). Logrando así enfrentar mejor situaciones adversas.

Actualmente se está produciendo un cambio de tendencia y están surgiendo otras formas de atender y entender el trauma, considerando a la persona como un individuo activo, fuerte, capaz de resistir y rehacerse a pesar de las diferentes adversidades con las que se encuentre (Carlos Mur de Viu, Hospital Psiquiátrico SSM José German).



Por su parte, Pentz (2002) realizó un estudio basado en la Teoría Fundamentada; las participantes del mismo fueron 13 mujeres mayores que padecían cáncer. El objetivo fue conocer la experiencia psicosocial de estos individuos ante las graves consecuencias de su enfermedad.

Se encontró que las participantes eran personas con adecuada capacidad de recuperación y llenas de vida, “resilientes frente a la devastación provocada por el cáncer”.

En otro estudio realizado durante 10 años, Greer (1979-1989) pretendía mostrar como los índices elevados de supervivencia en mujeres con diagnóstico de cáncer (alrededor de un 55%) se relacionaban con una mayor tendencia a mostrarse con un “espíritu de lucha” frente a una supervivencia de un 22% en aquellas que habían aceptado pasivamente su enfermedad. Las mujeres con un buen apoyo social, con mayor fe y espiritualidad, estaban en mejores condiciones para hacer frente a las pérdidas asociadas y seguir luchando por su vida, que las adultas mayores sin esta dinámica.

Hoy, cuando enfrentamos el primer decenio del siglo XXI, las investigaciones que sustentan el papel de las emociones, el afrontamiento y la resiliencia, en la recuperación o empeoramiento de la salud humana son esperanzadoras. Estos resultados ponen como punto de área investigativa fundamental es la ineludible misión que tiene la Psicología y especialmente la Psicooncología en la labor orientadora y psicoterapéutica, que favorezca el desarrollo de estilos de afrontamiento favorables, constructivos, al mismo tiempo que estimule la conformación y estructuración de pilares protectores que den origen a comportamientos resilientes frente a las adversidades, y especialmente, la enfermedad oncológica.



9.2.2. Dimensiones de Inteligencia Emocional.

Respecto a la dimensiones de inteligencia emocional, el 75% presenta una adecuada percepción emocional, un 65% presenta una adecuada comprensión de sentimientos, y 55% una adecuada regulación emocional.

Retomando el concepto de inteligencia emocional planteado por Daniel Goleman (2001), “La Inteligencia Emocional es el conjunto de actitudes, competencias, destrezas y habilidades que determinan la conducta de un individuo, sus reacciones, estados mentales y su estilo de comunicar”. Si se fomentan y evidencian en pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer de mama, actitudes y habilidades que permitan el manejo adecuado de emociones y sentimientos, podrán sobrellevar mejor su condición.

Otro estudio que evaluó a un grupo de mujeres con cáncer de mama; primeramente realizó una evaluación psicológica a un grupo total de 40 mujeres con esta condición, posteriormente se diseñó y efectuó una intervención psicológica grupal voluntaria, a 20 de ellas; se comprobó que las participantes tras dicha intervención mejoraron su expresión de emociones y su bienestar personal, comparado con el otro grupo de mujeres con cáncer de mama que no asistió a la intervención psicológica. (Cerezo, María Victoria. Ortiz-Tallo, Margarita. Cardenal Violeta. 2009, Colombia).

La intervención psicológica resulta importante en la atención que debe recibir un paciente oncológico. Ya que se puede llegar a desarrollar estrategias que les permitan reconocer sus emociones, sentimientos y estados de ánimo, de forma que puedan regularlas de una forma más adecuada en cada situación; sintiéndose, a pesar del cáncer, más satisfechas consigo misma y feliz.



9.2.3. Dimensiones de Calidad de Vida.

Dentro del cuestionario de Salud SF-36, el cual evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), útil para comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. En las participantes del estudio se encontró un 45% con un peor estado de calidad de vida y un mejor estado de calidad de vida 55%.

Estos dos grupos han experimentado diferentes situaciones que ayudan o empeoran su calidad de vida, teniendo un gran impacto en su recuperación de cáncer de mama.

De las ocho dimensiones que comprende este cuestionario, el rol físico fue uno de los más comentados por las mujeres, la mayoría tiende a afirmar que siente bastante limitación para realizar actividades que demanden esfuerzo físico, como llevar un bolso pesado, salir a caminar, lo cual genera sensación de impotencia, cólera y a corto plazo estrés. El hecho de cambiar completamente de rutina, genera en las pacientes dudas sobre su identidad y temor a no poder cumplir con las tareas propias de su edad y con sus expectativas; mantener una relación de pareja estable y lograr independencia a nivel económico y laboral.

Con frecuencia estas mujeres perciben que la cantidad y calidad de las relaciones y actividades sociales se han deteriorado, sienten que la pareja, familiares, amigos y compañeros de trabajo las tratan de maneja diferente. Además los mitos, los conceptos erróneos, el temor a la recurrencia de la enfermedad y una comunicación deficiente pueden contribuir al deterioro de las relaciones y calidad de vida.



Estos resultados son coincidentes con los documentados por Marques et al. (2005), quienes encontraron que las mujeres sufren con la expectativa de retomar sus actividades normales, tienen dudas respecto a su futuro y temor a la recurrencia de la enfermedad.

Tenemos en cuenta que se debe mejorar el estado físico del paciente oncológico, tratando de evitar las recaídas, pero también existe evidencia científica que avala los efectos positivos de las intervenciones psicoterapéuticas en el ajuste emocional de la enfermedad y en la calidad de vida.

El primer equipo formalizado de psicooncología, liderado por la Prof. J Holland de Nueva York, demostró la eficacia y eficiencia de integrar la intervención psicológica en los servicios médicos.

En una investigación prospectiva de diferentes tipos de estrategias para enfrentar los problemas, se estudió a 146 mujeres con cáncer de mama en estadio temprano donde se determinó que el ajuste o la adaptación psicosocial están influidos por tres grandes categorías de factores: derivados del cáncer, derivados del paciente y derivados de la sociedad.



9.3. Correlación entre Resiliencia e Inteligencia Emocional frente a la Calidad de Vida en mujeres afectadas con cáncer de mama.

De acuerdo al tercer objetivo de investigación planteado y a través del análisis de correlación múltiple del programa estadístico de Excel, se logró describir la relación entre las variables independientes de resiliencia e inteligencia emocional frente a la variable dependiente de calidad de vida.

Los resultados obtenidos de resiliencia en el test de resiliencia Wagnild & Young se correlacionaron con los resultados obtenidos de la aplicación del test de calidad de vida relacionado a la salud. Se obtuvo un nivel significativo de correlación entre los niveles de resiliencia y dimensiones de calidad de vida, lo que indica que a mayor resiliencia hay mayor calidad de vida.

Seligman y Czikszentmihalyi, (2000), autores pertenecientes a la corriente de la Psicología Positiva, sostienen que la resiliencia contribuye a la calidad de vida, además de ser un eficaz amortiguador del estrés.

La terapia también puede ayudar en el camino hacia la resiliencia. El contacto cara a cara con el analista posibilita que la persona pueda correrse de ese lugar de víctima y lograr, de esta forma elevar su autoestima. Esto concuerda con hallazgos encontrados en otras investigaciones (Jovita Ocampo, noviembre, 2011. Fundación Aiglé Argentina) donde hay una asociación positiva de la variable resiliencia y calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama. De manera específica el uso de apoyo social, autoestima adecuada, fortaleza, sentido de vida e identidad resiliente; que incrementa la calidad de vida en las mujeres.

De igual forma encontramos un nivel significativo de correlación entre las dimensiones de inteligencia emocional y calidad de vida, quiere decir que a mayor inteligencia emocional encontramos mayor calidad de vida. Entre los primeros trabajos que han investigado la relación entre inteligencia emocional y ajuste emocionales encuentra el de Martínez-Pons (1997). Éste halló una relación positiva entre inteligencia emocional, satisfacción con la vida y por tanto tiene una mejor calidad de vida.



En cuanto a esta relación entre inteligencia emocional y calidad de vida; algunos autores resaltan aspectos citados a la inteligencia emocional propuestos por Goleman (1995) — es decir, el conjunto de habilidades que implica el autocontrol, persistencia, capacidad para motivarse a sí mismo y para retrasar la gratificación—, si consideramos el bienestar psicológico como satisfacción personal, laboral, material y de pareja, podemos afirmar que aquellas personas que presentan un mayor autocontrol emocional y conductual perciben que poseen mayor control sobre las demandas en su vida y, por tanto, una mayor autoestima.

Un estudio realizado en la ciudad de Medellín (Colombia) demuestra que la calidad de vida, tanto a nivel de salud mental y física está fuertemente influenciada por la percepción de los pacientes acerca de las implicaciones físicas, sociales y económicas que tiene y tendrá su enfermedad, así como de las reacciones emocionales que podrían surgir como consecuencias de las mismas.

A estos efectos, Simonton y Creighton (1978), en su libro clásico *Getting Well Again*, mencionan la relación estrecha que se da entre la enfermedad del cáncer con los aspectos psicológicos y emocionales en la díada mente-cuerpo. De acuerdo con estos autores, la persona participa en su propia salud a través de sus creencias, emociones y actitudes hacia la vida.

Estos resultados y las citas presentadas, ratifican que ciertos indicadores tales como la resiliencia e inteligencia emocional pueden influir en la calidad de vida de estas mujeres con cáncer y en su pronta recuperación.



9.4. Discusión del abordaje cualitativo, cual es la percepción de las mujeres con cáncer de mama acerca de su enfermedad.

La discusión desde el abordaje cualitativo se plantea basado en el método de investigación del análisis de contenido, relacionado al cuarto objetivo triangulado bajo tres partes: Resultados de acuerdo a los respectivos testimonios, referencias teóricas o documentación científica, y la interpretación de la investigadora, desarrollado en los siguientes subcapítulos.

9.4.1. La percepción del significado del “cáncer de mamas”.

Para las mujeres que han vivido o están viviendo esta patología, a excepción de un caso que lo asocia a una enfermedad viral, se identifica que en la mayoría hay un dominio del concepto, independiente del nivel académico que va desde primaria hasta el profesional. Los conceptos que atribuyen al cáncer de mama están asociados a términos científicos como: *“la multiplicación de células malignas... nódulos, ganglios. En otro caso se asocia a una enfermedad originada por el estrés que afecta la vida de la mujer y la familia...”*.

Estas percepciones se relacionan con lo descrito por (Sánchez México, 2003), *“El cáncer de mama (adenocarcinoma) es una enfermedad maligna en donde la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de la glándula mamaria forman un tumor que invade los tejidos vecinos y metastatiza a órganos distantes del cuerpo.*

Siguiendo con los otros significados que las mujeres le otorgan a su enfermedad es que el cáncer es sinónimo de tristeza, dolor, preocupación, un evento adverso en su vida. Conocer el diagnóstico las llenó de incertidumbre, se sintieron devastadas con la noticia y pensaron sobre todo en sus familias.



Así lo cuenta Rosa, quien sintió que esta noticia frustraba todos sus proyectos:

“Apenas me lo dijeron me puse muy mal; me senté a llorar. Lo primero que pensé fue en mis hijos sobre todo porque mi esposo también estaba enfermo y yo sola tenía que enfrentar mi enfermedad y mantener a mi familia”.

Castillo & Chesla 2003, también expresan que el cáncer no solo es una enfermedad crónica que amenaza la vida; simboliza además lo desconocido y peligroso, el sufrimiento, dolor, culpa, caos y ansiedad.

De acuerdo con (Giraldo-Mora, 2009), quien ha estudiado las representaciones sociales del cáncer de mama, es considerado con frecuencia como una enfermedad catastrófica porque destruye la vida de las mujeres, involucra pérdidas importantes y acarrea sufrimiento.

9.4.2. Influencia del cáncer de mama en la vida de la mujer.

La influencia es la acción y efecto de influir. Este verbo se refiere a los efectos que una cosa produce sobre otra. En este caso el cáncer de mama sobre la vida de la mujer. La relación entre influencia y efectos se demuestran en las expresiones a partir de las vivencias de las mujeres:

“el cáncer ha influido en mi vida porque ahora ya no puedo hacer lo que antes hacía, tengo que cuidarme más”

Es evidente como el cáncer afecta la vida de la mujer, familia y sociedad, por lo que dentro de la psicología es importante entender que el cáncer es una enfermedad de la persona, no de un órgano en este caso de la mama de la mujer y por lo tanto, el tratamiento debe abordar todos los aspectos de la persona tanto físico y mental.



El cáncer de mama es capaz de afectar, profundamente el bienestar físico, mental y social de la mujer causando un gran impacto psicológico. Por ir asociado al estigma de muerte, los cambios de comportamiento son evidentes y requieren del apoyo y comprensión de los familiares:

“Ya no puedo trabajar igual, tengo que estar en reposo, dedicar tiempo a mi salud, mi familia.... Gracias a Dios mi familia se ha unido más... lo que más me preocupaba era dejar a mis hijos pequeños”.

La enfermedad del cáncer de mama es una experiencia de pérdida muy grande para la mujer, ya que se afecta su autoimagen, entre otras cosas (Thibodeau & MacRae, 1997).

Sin embargo, las participantes del estudio, dieron la lucha por superar la pérdida de sus mamas y la pérdida del cabello, como efecto de la cirugía y quimioterapia. Las mujeres participantes en este trabajo, hacen referencia a este aspecto que las avergüenza, Alba describe de este modo su sentir:

“Me ha causado mucho dolor y depresión a mí y a mi familia... nos ha afectado a todos... fue duro cuando me cortaron toda la mama izquierda y perder mi pelo... ver mi cabeza calva y usar peluca...”

Los costos de la enfermedad han constituido un aspecto complicado entre los múltiples problemas que han tenido que enfrentar ellas y sus familias:

“Me costó dejar a mis hijos fue difícil, para mi viajar para recibir el medicamento de la quimioterapia, además no tenía dinero para el pasaje y tenía que rebuscar para pagarlo”...

Esto concuerda con otros estudios (Fernández Suárez, Aguilar y Cárdenas, 2004) han identificado que la quimioterapia es un tratamiento médico que está relacionado con una disminución en el bienestar y calidad de vida por las preocupaciones del coste económico y los síntomas secundario que experimentan quienes pasan por este tratamiento.



9.4.3. Factores que han facilitado enfrentar el cáncer de mama.

Los factores relacionados a las subcategorías identificadas en el estudio se agrupan en tres diferentes espacios: La Espiritualidad, familia y amistades, Atención médica y tratamiento al cual se refieren las mujeres participantes:

“Mis hijos y mi familia me impulsan a seguir viviendo, Pero DIOS es el que me tiene viva. El apoyo de la psicóloga... me siento bien cuando me escucha...y los doctores han sido pacientes conmigo... el apoyo económico de mis hijos que es tan necesario”.

9.4.3.1. Espiritualidad.

Un factor clave que ha facilitado enfrentar el cáncer es La espiritualidad, de acuerdo a los testimonios:

“DIOS me ha ayudado a aguantar esta enfermedad... DIOS, él me ha dado la fortaleza, sin él no sería nada”.

El total de las mujeres participantes del estudio se refieren a su espiritualidad relacionándola a la Fe en Dios independientemente de su religión, como principal factor que les ha ayudado a enfrentar esta enfermedad. Además es considerada como una de las características de la resiliencia.

La espiritualidad juega un papel importante en la recuperación, permite nutrir la esperanza, re-significar la experiencia y buscar un sentido a la vida, la enfermedad y la muerte. Es una fortaleza emocional para poder recuperarse de la condición de cáncer de mama, ya que las creencias en Dios o en un Ser Espiritual están relacionados de manera significativa al aumento en el bienestar general, la disminución en el distrés psicológico (Schreiber, 2011).



Las participantes mostraron un alto nivel de espiritualidad, lo que entendemos les ayudó a salir adelante en el manejo de su condición y tratamiento, ya que este fue descrito como un componente terapéutico que incremento su deseo de recuperación y redujo el impacto de las situaciones estresantes.

9.4.3.2. Familia y amistades.

Al ubicar a la familia, sus hijos y esposo, vemos la fortaleza encontrada, Azucena expresa:

“nunca estoy sola... siempre estoy rodeada de mi familia... ellos son mi fortaleza”

Los seres humanos somos un ser social por naturaleza, que necesariamente afecta y se ve afectado por los “otros” que lo rodean. La palabra cáncer afecta no sólo a al cuerpo sino también a la psiquis, su entorno, ya sea pareja, hijos, amigos, etc.

Por tanto es necesario conocer cuál es el contexto que va a recibir la “caída” (Chevnik, 1991) de la paciente enferma, qué red se va a constituir para darle un soporte que permita una beneficiosa evolución de su enfermedad, acompañado de la atención del terapeuta y médicos que deben ocuparse de la persona enferma, como ser humano completo y autónomo. El apoyo social es esencial para la paciente, quien sino la familia y amigos para brindarlo.

Las familias estables y psíquicamente más sanas hacen un mejor uso de los recursos externos. La resiliencia se considera como un atributo de la salud mental (Chadi, M. 2000). Los pacientes con apoyo familiar y / o social al sentirse más amparados, suelen instrumentar estrategias de afrontamiento más adecuadas, (Vidal y Benito, 2002) que ofrecen un mejor pronóstico, o por lo menos, una mejor calidad de vida.



9.4.3.3. Atención médica y tratamiento.

Como ya se ha mencionado, a partir de la revisión llevada a cabo, el cáncer de mama es una enfermedad que supone un impacto negativo tanto en la dimensión mental como física de la salud de la mujer, y por lo tanto merece ser abordada por profesionales de la salud de diversas disciplinas especialmente entrenados con tales fines, brindando información y apoyo a las pacientes y familias, en tanto sea necesario. (REICH, Micaela y REMOR, Eduardo 2010).

Más de la mitad de las mujeres mencionan que la paciencia de los médicos, les daba un poco de tranquilidad con respecto a los tratamientos.

“Los doctores con su paciencia y la ciencia de la medicina... y el constante tratamiento me recuperaron”

Otras mujeres refieren que la atención de enfermeras fue muy precaria e incluso una de ellas perdió la movilidad de su brazo izquierdo por una mala aplicación del tratamiento de quimioterapia; Consuelo comenta:

“siempre me ponían la inyección en mi brazo derecho... pero ese día no sé qué le paso a la enfermera y me lo puso en el izquierdo a partir de ahí se me fue consumiendo el brazo y ya no lo puedo mover...”

Esto se relaciona a la falta de conocimiento que algunas mujeres tienen en cuanto a su enfermedad y proceso del tratamiento, también tiene que ver con la responsabilidad de los trabajadores de la salud, quienes deben en todo momento brindar la atención e información adecuada a sus pacientes.

“El médico es el responsable de garantizar el cumplimiento del derecho a la información al paciente y debe comunicarle lo que sea relevante sobre el diagnóstico, opciones de tratamiento, beneficios de esas opciones, efectos secundarios y posible gravedad”, afirma (Josefa Madrid, 2008).



La sabiduría y sensibilidad del personal médico (oncólogo, psicólogo, radiólogos, enfermeros) frecuentemente se convierte en una fuente importante de apoyo interpersonal, ofreciendo preocupación y cuidado en el contexto de servicio profesional, a lo largo de la enfermedad.

El “Cuerpo médico” puede influir en una pronta recuperación, es por esto que la que Relación-Médico-paciente beneficiara al tratamiento de la paciente oncológica donde permitirá producir estrategias de afrontamiento más efectivas respecto a la enfermedad y mayor adhesión a los tratamientos prescritos” (Vidal y Benito, 2002) acompañada también de psicoterapia la cual ofrece a la paciente ayuda para poder atravesar este nuevo “obstáculo” o “desafío” que irrumpe en su vida.

En los últimos años la psicooncología ha retomado importancia, García, D. (1996); constituye una rama especializada entre la medicina y la psicología que se ocupa de las relaciones entre el comportamiento, los estados de salud y enfermedad, la prevención y el tratamiento, el fomento de hábitos sanos y la interdisciplinariedad.

Es de importancia hacer énfasis en que son numerosas las investigaciones en mujeres con cáncer de mama, que comprueban la importancia de acceder tempranamente a la atención médica acompañado del recurso terapéutico de la Psicología, las pacientes experimentan una mejoría en la calidad de vida, menores efectos colaterales en los tratamientos, pocos síntomas de la enfermedad, mayor control del dolor y se reduce la necesidad de medicación psicofarmacológica.

Otro aspecto que mencionan las mujeres en cuanto al tratamiento es el factor económico; está demostrado que incide en el proceso de la enfermedad, cuando las mujeres mencionan:

“Me ha costado mucho, es difícil para mí y mis hijos, ellos tiene que buscar cómo conseguir para pagarme el medicamento”.

Esto ratifica que el estado financiero, está relacionado a la preocupación de su recuperación.



La multifactorialidad del cáncer de mama cobra especial significación ya que los aspectos sociológicos y culturales asociados al cáncer hacen que continúe siendo vista, como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa desde el punto de vista económico, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel de familia y una amenaza permanente hacia la vida.

Actualmente hay una mayor atención y preocupación en los centros médicos hacia la población femenina que sufren esta patología, ya que los índices cada día son más altos.

Es importante reconocer que hay más acceso a la información y las mujeres pueden optar por diferentes tratamientos, en el cual las pacientes de cáncer de mama reciban métodos de intervención que: Ataquen el cáncer localmente, como la cirugía o la radioterapia y ataquen las células cancerosas en todo el cuerpo por medio de la terapia sistémica como la quimioterapia, la terapia hormonal y la terapia dirigida.



9.5. Aprendizajes generados al reflexionar sobre la experiencia del cáncer de mama.

Según el diccionario de términos psicológicos fundamentales de Frank J. Bruno (1997); El aprendizaje es una tendencia de la conducta como resultado de la experiencia, también es la habilidad mental por medio de la cual conocemos, adquirimos hábitos, desarrollamos habilidades, forjamos actitudes e ideales. Es vital para los seres humanos, puesto que nos permite adaptarnos motora e intelectualmente al medio en el que vivimos por medio de una modificación de la conducta.

Es importante reconocer que aun en situaciones difíciles y de desesperanza que experimentan estas mujeres participantes del estudio, han sido capaces de reencontrarse a sí mismas, encontrar de lo más profundo de su ser, fuerzas y fortalezas, un nuevo sentido de vida y un disfrute por los pequeños detalles que antes de su enfermedad no eran tan perceptibles. Lucia reflexiono:

“He ganado una actitud positiva y una perspectiva de vida diferente, una capacidad de percibir la belleza a mi alrededor, y una tremenda sensación de orgullo en mí misma como mujer”.

Para estas mujeres los aprendizajes generados están muy relacionados a los factores mencionados anteriormente como: La Espiritualidad, esa fe de que Dios las sanara; el apoyo y acompañamiento incondicional de familia y amistades; la valiosa atención, cuidado y relación que mantienen con sus médicos, psicólogos y enfermeras quienes en la medida de lo posible facilitan el tratamiento que cada una de estas mujeres necesita.



Se ven como luchadoras por haber enfrentado la adversidad, actitudes que no se logran de la noche a la mañana, sino que ha sido un proceso primeramente de aceptación de sus enfermedad atribuyendo como aprendizajes que el al cáncer de mama es una prueba de vida y que la salud es vida, el cual es curable si detecta a tiempo y se recibe el tratamiento adecuado.

He aquí algunos de los testimonios:

“Aunque aún no soy una sobreviviente, estoy luchando y soy una ganadora... Pienso que soy una afortunada, no porque haya sobrevivido a la enfermedad... porque aún no he sobrevivido a ella, pero tengo una buena probabilidad de hacerlo...sino porque he ganado más de lo que he perdido”.

“Que de DIOS depende la sanidad y tengo que aumentar mi fe, DIOS es real y me da salud. Que mi familia se unió y ahora tenemos más comunicación... no todo ha sido malo.... Porque de ahí mismo saque la fortaleza... A luchar por tener una vida más tranquila, a valorar más la vida, a dar gracias a DIOS y luchar para que todo lo malo no se repita”.

“Merece la pena luchar por mi vida, mis hijos y mi esposo. El cáncer de mama me tomo por sorpresa si me hubiera chequeado no me habría dado pero con DIOS lo voy superando”.

“Valorar más la vida, y poner más atención a mi salud...ser más positiva, ayudar al prójimo que pasa esta enfermedad y a cuidar más de mí... para tener una mejor calidad de vida”.

“Que es bueno hacerse chequeos para todas las mujeres en algún momento podemos estar predispuestas a padecer de cáncer de mama.”

“Mi vida sigue... Aprender a vivir así con la enfermedad y ser más optimista... Que mi vida tiene sentido”.



La asociación de testimonios visibilizan que las mujeres van construyendo aprendizajes desde los factores resilientes y el manejo de sus emociones, que son válidos para la presente y futura generación en función de la retroalimentación de la experiencia, en este caso con un enfoque preventivo, cuando mencionan constantemente que debían “*haber prestado más atención a su salud*”, denota que podemos hacer o prevenir el resto de mujeres, familias, porque lo mencionan como acontecimiento que van desde el ámbito personal a lo familiar, y lo que afecta a las mujeres consecuentemente afecta principalmente a su núcleo familiar y calidad de vida, por tanto es importante el aporte de la presente investigación.



X. CONCLUSIONES.

- A partir de los hallazgos encontrados se concluye que la resiliencia e inteligencia emocional tienen influencia sobre la calidad de vida de las mujeres con cáncer.
- En relación a las características sociodemográficas que presentan las mujeres participantes del estudio, la edad de mayor frecuencia son los de rangos de 40 y 49 años; el 40 % son solteras, amas de casas que aun teniendo su profesión no la desempeñan; Son pacientes en su mayoría del área urbana; el 90 % son madres. Respecto al tipo de cáncer, el más frecuente (45%) es el carcinoma ductal in situ con estadios clínicos entre el IIA y IIIA. En su totalidad las mujeres han recibido su tratamiento que van desde: biopsia, cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonal y psicológico.
- De acuerdo a los niveles de resiliencia encontrados, el 65 % posee un nivel medio de resiliencia, 10 % resiliencia alta, y 25% resiliencia baja; Respecto a la dimensiones de inteligencia emocional, el 75% presenta una adecuada percepción emocional, un 65% presenta una adecuada comprensión de sentimientos, y 55% una adecuada regulación emocional. Con respecto a la calidad de vida, el 55 % presenta una mejor calidad de vida, y un 45 % una peor calidad de vida.
- Se demuestra la relación que existe entre la resiliencia y la inteligencia emocional, frente a la calidad de vida, encontrándose correlación positiva considerable donde, $r = .72$, $p < .01$; Respecto a la inteligencia emocional y de calidad de vida, se encontró una correlación positiva considerable donde $r = .68$, $p < .01$.
- Según las percepciones de las mujeres sobre el concepto de mama la mayoría tienen dominio sobre el concepto de cáncer de mama como el crecimiento y multiplicación de células malignas, del mismo modo asociándolo a tristeza, dolor, pérdida y cambios físicos en el cuerpo. El cáncer afecta la vida social (familiar, comunitaria, económica). Entre los factores que facilitan el enfrentamiento del cáncer, expresan que la espiritualidad, el apoyo de familia y amistades, la atención médica y el tratamiento oportuno son determinante para la recuperación. Consideran que el cáncer es una prueba de vida, por lo cual hay que valorarla, curable si se detecta oportunamente.



XI. RECOMENDACIONES.

1. Considerando la influencia de la resiliencia e inteligencia emocional frente a la calidad de vida, todo paciente con cáncer debe recibir una atención integral, tanto físico como psicológico, orientados a desarrollar capacidades resilientes y de inteligencia emocional que beneficien a la calidad de vida de pacientes.
2. Retomando, que existen pocos estudios sobre resiliencia e inteligencia frente a la calidad de vida, se recomienda profundizar en las variables sociodemográficas, para entender y comprender el vínculo entre estas y la resiliencia.
3. A la organización ASOLCCAN, que además de apoyar a estas mujeres económicamente y acceso a atención médica, gestionen programas de atención psicológica y grupos terapéuticos, orientados a promover y desarrollar actitudes resilientes e inteligencia emocional que beneficien a una mejor calidad de vida de las mismas.
4. Enfatizar dentro del pensum académico de la carrera de psicología y medicina la importancia de promover factores de resiliencia e inteligencia emocional ya que pueden incidir en la recuperación y calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas.
5. Teniendo en cuenta, la alta incidencia del cáncer de mama en la población femenina, motivar a otros investigadores y futuros egresados de la carrera de psicología, que orienten sus temas de investigación al estudio de esta patología desde un perspectiva cualitativa.



XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Aaronson, A. (2000). "Calidad de vida y el enfermo crónico, un nuevo abordaje para la salud". Ed. Interamericana. Madrid.
2. Aldo Melillo (2004) Resiliencia y subjetividad. los ciclos de la vida/. 1ra ed-Buenos Aires: Paidós.
3. Arroyave B. Descripción en dos momentos de la calidad de vida de los usuarios del proyecto de Atención Primaria con Enfoque de Salud Familiar. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2006. Cáncer. Octubre: Mes de Sensibilización sobre el Cáncer de Mama.
4. Bermúdez, Teva & Sánchez, 2003; Ramos & Extremera, 2001; Fierro, 2006; Mayer, 2001; Salovey & Mayer, 1990; Zaccagnini, 2004 Manejo de Inteligencia emocional en pacientes crónicos ed, 4.
5. Caballero-Morales, Archivos de Medicina Familiar: Calidad de vida en pacientes crónicos; Revista del Instituto Mexicano de Seguridad Social. Septiembre-Diciembre, 2006.
6. Calman, K.C. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. En Aaronson, N.K.- Beckmann, I.M. (Eds.). The Quality of life in cancer patients. Raven press, New York.
7. Cerezo, María Victoria. Ortiz-Tallo, Margarita. Cardenal Violeta. *Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica*, Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 41, núm. 1, 2009, pp. 131-140, Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia.
8. David A Spiegel (2000) practices cardiology, interventional cardiology and internal medicine in Oceanside, California.
9. Fernández Suárez HG, Alvarado Aguilar S, Jurado Cárdenas S. Intervención cognitivo conductual breve en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia: evaluación de su efecto en la calidad de vida y en la respuesta de relajación. Universidad Autónoma de México, Maestría en Psicología Profesional de la Facultad de Psicología; 2004).



10. Florenzano, R., Sieverson, R., Aspillaga, C., Aratto, C., et al. (2011). El Rol Protector de la religión y la espiritualidad en mujeres depresivas con riesgo suicida: revisión sistemática de la literatura. Manuscrito enviado para su publicación.
11. Fred F. Ferri. Consultor Clínico, Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Interna. Primera Edición. Harcourt/Océano.
12. García, D. (1996). "Intervención multidisciplinaria en oncología". Ed. Mc Graw Hill. México.
13. Geerd Hamer, R. (1991). "La génesis del cáncer". Ed. ASAC. Francia.
14. Goffman, H. (1982). "Protocolo de una intervención multicentrica en aspectos emocionales en enfermos terminales". Ed. Springer. Barcelona.
15. Goleman, Daniel: *Inteligencia Emocional*. Editorial Kairós. (Junio de 2001).
16. Goleman, G. (1995). *Emotional Intelligence*. Nueva York: Bantam.
17. Hernandez Sampieri, Roberto. Metodlogia de la invetigacion.2003. México.
18. <http://peru21.pe/noticia/1319067/hay200-casos-cancer-mama-al-ano>
19. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036792.pdf>
20. <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1327324685.pdf>
21. <http://www.medline/psicología/resilinciaycancer.com>
22. <http://www.OMS/conceptocancer.com>
23. http://www.who.int/82sicol/events/breast_cancer_month/es/
24. Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31:61-7 Sao Paulo, Brazil.
25. Jovita Ocampo, José Luis Valdez-Medina, Norma Ivonne González Arratia, Patricia Andrade-Palos, Luis A. Oblitas-Guadalupe, Raymundo Oliver García-Fabela Variables Psicológicas Predictoras de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XX, núm. 3, noviembre, 2011, pp. 265-269, Fundación Aiglé Argentina.
26. María Eugenia Olivares. Cirugía Mamaria: Aspectos Psicológicos. Revista de Psicooncología Vol. 4, núm. 2-3, 2007, Pág. 447 Madrid.



27. Martinez - Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17,3-13.
28. McClain, Rosenfeld y Breitbart (2003). Effect of spiritual wellbeing on end-of-life despair in terminally-III cancer patients. *The Lancet*, 361,1603-1607.
29. Medline Plus (diciembre de 2009). «Cáncer de mama» (en español). *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 2 de junio de 2013.
30. OMS: Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos.
31. REICH, Micaela y Remor, Eduardo. Variables psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistemática. *Cienc. Psicol.* [online]. 2010, vol.4, n.2, pp. 179-223. ISSN 1688-4094.
32. Revista Colombiana de Psicología Universidad Nacional de Colombia. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. revpsicofchbog@unal.edu.com ISSN (Versión impresa): 0121-5469 COLOMBIA.
33. Robert D. Schreiber, Lloyd J. Old, and Mark J. Smyth. Cancer Immunoediting: Integrating Immunity's Roles in Cancer Suppression and Promotion. *Cancer Immunoediting: Integrating Immunity's Roles in Cancer Suppression and Promotion*. Science 25 March 2011.
34. Rodríguez Colón, A. (2011). El significado de la experiencia de las hijas jóvenes adultas cuyas madres son sobrevivientes de cáncer mama. (Disertación sin publicar). Escuela de Psicología, Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto Metropolitano, San Juan, P.R.
35. Rosal, Juan. *Ackerman's pathology*. 8th ed. St. Louis: Mosby, 1995, 2v. (WO142R789a1996).
36. Royak-Schaler, R. (1991). Psychological processes in breast cancer: A review of selected research. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, pp. 71-89.
37. Rutter, M (1933). *la Resiliencia: Consideraciones Conceptuales*. Elsevier science publishing Co, Inc, New York.
38. Rutter, M (1990), psychosocial resilience and protective mechanisms. En: J, rolf A.S. Masten; D. Cincchetti; K. Nuechterlein y S. Weintraub (Eds) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York; Cambridge



-
- university press 2011 [citado 13 jun 2013]. Disponible en: [Internet]. OMS; [citado 15 jun 2013].
39. Sabiston, David C. Tratado de patología quirúrgica: Bases biológicas de la práctica quirúrgica moderna. 13ª edición. México. Interamericana. (WO142S1161988).
 40. Sánchez C., Sánchez E., Gerson R. Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria. México: Editorial El Manual Moderno, 2003. P: 159-166.
 41. Sandin y Charot, (1986). "Psicopatología". Ed. Mc Graw Hill. Barcelona.
 42. Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J. E., Scheier, M. F., y Williamson, G. M. (1996). Pessimism, age, and cáncer, mortality. *Psychology and Aging*, 11, pp. 304-309.
 43. Troncon, J. (1998). "Nociones básicas de oncológica". Ed. Nuevo Mundo. México.
 44. Vidal y Benito, M. (2002). Acerca de la buena comunicación en medicina. Buenos Aires, Argentina: Instituto Universitario CEMIC.
 45. Vilagut G, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollo. 2005. Barcelona, España.
 46. Wagnild. Gm. & Young, H.M (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of nursing measurement*, 1, 165-178.
 47. World Health Organization. (WHO) International Agency for Research on cancer. BIENNIAL REPORT, Lyon, France, 2000-2008.
 48. World Health Organization. International Agency for Research on cancer. BIENNIAL REPORT, Lyon, France, 1996-1997.
 49. Zaccagnini, JL. (2004). Qué es la inteligencia emocional. *La relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.



Anexos



The Resilience Scale™

Fecha: _____

Por favor lea las declaraciones siguientes. Al derecho de cada uno usted encontrará siete números, que van de "1" (completamente en desacuerdo) en la izquierda a "7" (completamente de acuerdo). Rodee el número que el mejor indica sus sentimientos sobre esa declaración. Por ejemplo, si usted está completamente en desacuerdo, con una declaración, encierre el círculo "1". Si usted es neutro, el círculo "4", y si usted está completamente de acuerdo, el círculo "7", etc.,

	Completamente desacuerdo.			Completamente Acuerdo.			
	1	2	3	4	5	6	7
1. "Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final"	1	2	3	4	5	6	7
2. "Usualmente manejo los problemas de distintos modos"	1	2	3	4	5	6	7
3. "Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás"	1	2	3	4	5	6	7
4. "Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí"	1	2	3	4	5	6	7
5. "Me basto a mí mismo si lo creo necesario"	1	2	3	4	5	6	7
6. "Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida"	1	2	3	4	5	6	7



7. "Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación"	1	2	3	4	5	6	7
8. "Soy amigable conmigo mismo"	1	2	3	4	5	6	7
9. "Siento que puedo manejar varias cosas a la vez"	1	2	3	4	5	6	7
10. "Soy decidido"	1	2	3	4	5	6	7
11. "Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas"	1	2	3	4	5	6	7
12. "Hago las cosas de a una por vez"	1	2	3	4	5	6	7
13. "He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes"	1	2	3	4	5	6	7
14. "Soy auto-disciplinado"	1	2	3	4	5	6	7
15. "Mantengo interés por las cosas"	1	2	3	4	5	6	7
16. "Usualmente encuentro cosas de que reírme"	1	2	3	4	5	6	7
17. "La confianza en mí mismo me permite pasar los tiempos difíciles"	1	2	3	4	5	6	7
18. "En una emergencia soy alguien en quien las personas pueden confiar"	1	2	3	4	5	6	7
19. "Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista"	1	2	3	4	5	6	7
20. "A veces yo hago cosas quiera o no"	1	2	3	4	5	6	7
21. "Mi Vida tiene sentido"	1	2	3	4	5	6	7
22. "No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto"	1	2	3	4	5	6	7



23. "Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida"	1	2	3	4	5	6	7
24. "Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer"	1	2	3	4	5	6	7
25. "Me siento cómodo si hay gente a la que no le agrado"	1	2	3	4	5	6	7

© 1987 Gail M. Wagnild & Heather M. Young. Used by permission. All rights reserved. "The Resilience Scale" is an international trademark of Gail M. Wagnild & Heather M. Young



INTELIGENCIA EMOCIONAL (TMMS-24).

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo

1. Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5



11. Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

Trait Meta-Mood Scale (TMMS). Salovey y Mayer.

- 1-8 Percepción Atención a los sentimientos
- 9-16 Comprensión de los sentimientos o emociones
- 17 -24 Regulación de sus sentimientos.



CUESTIONARIO DE SALUD SF-36
VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999).

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O
COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada



4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada.

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada.

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?



- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?



1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (Como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada

2 Un poco



- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca.

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces



5 Sólo alguna vez

6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca



30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca.

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa



5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

Short Form-36 health Survey version 2.0 (SF-36).