

REACCIONES EMOCIONALES A TRAVES DEL ESTADIO EN EL CANCER DE MAMA

Yolanda ANDREU VAILLO, María José GALDON GARRIDO y Elena IBÁÑEZ GUERRA
Facultad de Psicología. Universidad de Valencia

RESUMEN

El trabajo se plantea la posible existencia de diferentes perfiles de reacciones emocionales en las pacientes con cáncer de mama, según se encuentren en los estadios no metastásicos o en el estadio metastásico de la enfermedad. Las diferencias sintomáticas entre unos y otros podrían ser la clave. Los resultados, utilizando una muestra de 150 pacientes con cáncer de mama bajo tratamiento poliquimioterapéutico y un grupo de 150 mujeres "sanas", apoyan el planteamiento inicial y justificarían la necesidad de consideración aislada de uno y otro subgrupo de la muestra.

Palabras Clave: Reacciones emocionales, Cáncer de mama.

SUMMARY

Emotional reactions through the stage of breast cancer. In this paper we research if there exist different profiles of emotional reactions between patients in the metastatic stage breast cancer and patients in non-metastatic stages. The key could consist in the symptomatic differences between women belonging to each group. We use sample of 150 healthy patients subjected to chemotherapy and a sample of 150 healthy women. Outcomes support our original approach and would justify the necessity of insolated consideration for each group of patients.

Key Words: Emotional reactions, Breast cancer.

Numerosos estudios dentro del campo de la psicología oncológica han perfilado un patrón de respuesta generalizada al cáncer, en el que destacarían como principales reacciones emocionales, la ansiedad y la depresión. El hecho de que normalmente, pasado un año del diagnóstico, el ajuste de dichos pacientes sea "bueno", así como la constata-

ción de que sólo entre un 25-30% de los pacientes con cáncer presenten problemas psicológicos que requieren tratamiento (Morris et al., 1982; Nerenz y Sobel, 1978; Wortman y Dunkel, 1979; Bloom, 1982, 1987; Hugues 1982; Nerenz et al., 1982; Ibáñez, 1984), serían también resultados ampliamente obtenidos, que si bien no restarían importancia a esa primera afirmación, sí la matizarían en sus aspectos de "gravedad" o "duración".

Este panorama no coincidiría, no obstante, con los resultados que hemos venido obteniendo en nuestro Departamento de la Universidad de Valencia (Ibáñez, 1987; Andreu y Mira, 1989). Los trabajos realizados por diferentes autores (Barreto, 1984; Forner, 1984; Andreu, 1985) no han mostrado diferencias significativamente las pacientes con cáncer de mama y un grupo de mujeres sanas, ni en depresión y ansiedad, ni en otras variables frecuentemente citadas también en la bibliografía: desamparo, disminución de la autoestima, etc. Parece ser que, en las muestras de pacientes con cáncer de mama utilizadas por nosotros, el perfil psicológico, en estas variables, es identificable con aquel presentado por mujeres que no están afrontando una situación vital amenazante como es el cáncer.

La reiteración de este tipo de resultados, no sólo sorprendentes sino también incompatibles con aquellos obtenidos en estudios con muestras de países anglosajones (como ya hemos señalado), nos condujo a planteamientos relativos a la posible existencia de diferencias en cuanto a las características de las muestras utilizadas por tales estudios y por los nuestros propios. Evidentemente, parecen existir aspectos diferenciales —como ya indicábamos en otras ocasiones (Andreu et al., 1989)— en cuanto al estilo de vida; sin ir más lejos, el apoyo social —predictor importante del ajuste del paciente con cáncer— parece mayor en una sociedad como la nuestra donde el “entramado familiar” y el “ámbito rural” siguen siendo aspectos de importancia considerable. Pero no es exactamente a este tipo de variables —difícilmente controlables, por otra parte— a las que nos estamos refiriendo, sino a un aspecto mucho más concreto y específico: la heterogeneidad de las muestras utilizadas en cuanto al estadio de la enfermedad se refiere. Es cierto que en los diferentes trabajos realizados por nuestro equipo, las muestras fueron siempre homogéneas en cuanto a la localización del tumor

(pacientes con cáncer de mama), tratamientos recibidos (todas ellas mastectomizadas y bajo tratamiento poliquimioterapéutico), régimen de tratamiento (ambulatorio en todos los casos); pero no es menos cierto que en estas muestras se incluían todos los estadios (I,II,III y IV) de la enfermedad.

Esta última cuestión fue la que centró nuestro interés ya que en ella conflúan dos aspectos que consideramos relevantes.

Por un lado, parece imprescindible recoger la afirmación hecha por algunos autores respecto a que una variable como la evolución de la enfermedad juega un papel fundamental en el tipo de reacción emocional presentado por el paciente (Lederberg et al., 1989).

Por otra parte, cabe señalar que en la mayoría de los trabajos se describe la muestra utilizada en función únicamente del tipo de tumor y del tratamiento recibido —generalmente mastectomía (Gottesman y Lewis, 1982; Wood et al., 1985—, obviándose las referencias a los estadios de la enfermedad incluidos en la muestra. No obstante, cuando este criterio si se tiene en cuenta, generalmente se alude a que éstas incluyen al estadio I (Morris et al, 1977; pettingale et al., 1984), al estadio II (Meyerowitz y Sparks, 1979) o, más vagamente, aparece una referencia general a “cáncer temprano de mama” (Hugues, 1982). Es decir, cuando aparecen referencias en la bibliografía, se alude a estadios no metastásicos (fundamentalmente I y II); sin embargo, es precisamente el estadio metastásico de la enfermedad (el estadio IV) uno de los, proporcionalmente, más frecuentes en nuestras muestras.

¿Es posible que la diferente composición en cuanto a estadios de la muestra, sea la responsable de los diferentes resultados? ¿Puede ser que la presencia o ausencia, en la muestra, del estadio IV de la enfermedad de lugar a patrones diferenciales en cuanto a reacciones emocionales se refiere?, ¿Presenta la paciente un perfil específico de reacciones emocionales cuando se enfrenta al estadio

metastásico de la enfermedad?. En el presente trabajo nos planteamos abordar este tipo de cuestiones.

METODO

Muestra

La muestra utilizada para nuestro estudio se compone de dos grandes grupos: un grupo formado por mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y un grupo formado por mujeres sin patología orgánica conocida.

El grupo de cáncer lo componen 150 mujeres que recibían tratamiento en el Instituto Valenciano de Oncología (I.V.O.)¹. El criterio de selección de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama se basó en dos aspectos:

- 1) haber recibido tratamiento quirúrgico y
- 2) estar recibiendo tratamiento poliquimioterapéutico en el momento de la recogida de la información, mínimo desde dos meses antes.

Todas las mujeres de este grupo recibían su tratamiento en régimen ambulatorio, i.e, acudían a Hospital de Día a recibir su tratamiento y regresaban a casa. En el intervalo de espera antes de la visita médica, se les entregaba un cuestionario y se les pedía que lo devolviesen cumplimentado en la fecha de su próxima visita médica.

Las pacientes de este grupo clínico abarcaban toda la gama de estadios de la enfermedad: I,II,III y IV, siendo el más numeroso éste último (43,33% de la muestra), luego el III (29,33%), el II (24,67%) y, por último, el I (2,67%). (Ver tabla 1.1).

(1) Nuestro agradecimiento, no sólo a las pacientes, cuya colaboración en este estudio fue extraordinaria, sino también a todo el equipo del I.V.O. que hizo posible que este trabajo viera la luz.

Estadio	Nº sujetos	% sujetos
I	4	2,67
II	37	24,67
III	44	29,33
IV	65	43,33
Total	150	100,00

Tabla 1.1. Distribución por estadios del grupo de cáncer bajo tratamiento.

Por otro lado, y respecto a variables demográficas, cabe señalar que, en esta muestra, la ocupación más numerosa es la de ama de casa (80%), en su mayoría (65,39%), con 2 ó 3 hijos (tabla 1.3). Por último, la media de edad de este grupo es de 53,33 (D.T.= 10.71). En la tabla 1.4, además de estos datos podemos observar también la distribución de la muestra por edad en períodos de 5 años.

Respecto a este grupo nos gustaría mencionar además un aspecto que nos parece interesante. A modo informativo se le pedía a la paciente que refiriera su diagnóstico; la mayor parte de las mismas respondieron haciendo referencia al "pecho operado" (63,33%), un 18% mencionaron "cáncer de mama", un 12% hablaban de "tumor canceroso o maligno" y el 6,67% mencionó vagamente "un bulto" (tabla 1.5). Como vemos, sólo el 30% de la muestra hacía verbalizaciones explícitas en relación con el cáncer o la malignidad, mientras el 70% contemplaba a nivel verbal, sólo, podríamos decir, su experiencia: el bulto que notaron en un principio, o bien la falta actual de su pecho. Evidentemente, aunque no podemos hacer ningún tipo de afirmación, sin embargo esto sí nos evoca una posible "negación selectiva" (Meyerowitz, 1981). La paciente tiene evidencias de enfermedad (el bulto, la mastectomía) a las que no puede sustraerse, pero sí, a nivel de asunción, que darse en ellas y no dar el salto hacia el diagnóstico, que eso conlleva.

Profesión	Ca		Sa	
	Nº	%	Nº	%
Sus labores	120	80.00	128	85.83
Cuello azul	23	15.33	13	8.67
Cuello blanco	7	4.67	7	4.67

Nota. Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los grupos:
Ca = Grupo de cáncer bajo tratamiento, Sa = Grupo de mujeres sanas.

Tabla 1.2. Distribución por ocupaciones de los dos grupos que componen nuestra muestra.

Estado Civil	Nº hijos	Ca		Sa	
		Nº	%	Nº	%
Casadas	0	14	10.77	5	4.24
	1	14	10.77	9	7.63
	2	56	43.08	44	37.00
	3	29	22.31	30	25.42
	4 ó más	17	13.08	25	19.23
Total		130	86.67	113	75.33
Viudas	0	-	-	1	4.00
	1	1	7.69	3	12.00
	2	6	46.15	6	24.00
	3	4	30.77	11	44.00
	4 ó más	2	15.38	4	16.00
Total		13	8.67	25	16.67
Solteras	0	6	100.00	10	90.91
	1	-	-	1	9.09
Total		6	4.00	11	7.33
Divorciadas	1	1	100.00	-	-
	4	-	-	1	100.00
Total		1	0.67	1	0.67

Nota: Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los grupos:
Ca = Grupo de cáncer bajo tratamiento, Sa = Grupo de mujeres sanas.

Tabla 1.3. Distribución por estado civil y número de hijos de los grupos que componen nuestra muestra.

El segundo grupo, integrado por 150 mujeres que no padecían, en principio, ningún tipo de enfermedad, trató de equipararse, en la medida de lo posible, al grupo de pacientes previo. Así, también en este grupo, la ocupación más numerosa es la de ama de casa (85.33%) (tabla 1.2) y el estado civil

más frecuente el de casada (75.33%), en su mayoría con 2 ó 3 hijos (62.42%) (tabla 1.3). La media de edad de este grupo es de 53.44 (D.T. = 11.03); de nuevo, en la tabla 1.4, podemos observar, además de estos datos, la distribución de la muestra, según edad, por períodos de 5 años.

Intervalo de edad	Ca Nº sujetos	Sa Nº sujetos
31 - 35	6	6
36 - 40	13	13
41 - 45	23	23
46 - 50	21	21
51 - 55	22	22
56 - 60	20	20
61 - 65	24	24
66 - 70	12	12
71 - 75	7	7
76 - 80	2	2
X	53.33	53.44
D.S.	10.71	11.03

Nota. Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los grupos que componen la muestra:
 Ca = Grupo de pacientes de cáncer bajo tratamiento, Sa = Grupo de mujeres sanas.
 X = Media de edad, D.S. = Desviación standard.

Tabla 1.4. Distribución por períodos de edad de cinco años, medias y desviaciones típicas de los dos grupos que componen nuestra muestra.

Diagnóstico	Nº sujetos	% sujetos
Cáncer de mama	27	18.00
Tumor canceroso o maligno	18	12.00
Pecho operado	95	63.33
Bulto	10	6.67
Total	150	100.00

Tabla 1.5. Distribución del grupo de cáncer bajo tratamiento según el diagnóstico referido por la propia paciente.

Instrumento

El instrumento utilizado es un cuestionario elaborado por nosotros a partir de los resultados obtenidos en trabajos previos (Barreto, 1984; Forner, 1984; Andreu, 1985, 1987). Este instrumento: C.A.E.C. (Cuestionario de Ajuste Emocional al Cáncer) pretende recoger las sugerencias de algunos autores como Spinetta (1984) respecto a la creación de nuevos o aplicación creativa de "viejos" instrumentos de cara a la evalua-

ción del paciente oncológico; sugerencia que se deriva de las críticas metodológicas hechas a los trabajos de psicología oncológica, donde se utilizan instrumentos para evaluar a poblaciones distintas a aquellas para las que fueron creados (Derogatis y Spencer, 1984; Spinetta, 1984).

El C.A.E.C. está compuesto por 61 items con 4 alternativas cada uno (nunca o nada, algunas veces o algo, frecuentemente o bastante, siempre o mucho). Evalúa 6 dimensiones del ajuste emocional: Dependencia, Inestabilidad, Depresión, Irritabilidad, Pensamiento Desiderativo y Animo Inestable Depresivo. Los items que definen esta última dimensión son aquellos que en el Análisis Factorial del instrumento obtuvieron saturaciones igual o por encima del criterio escogido (35), en varios de los factores restantes de la matriz; el contenido de estos items parecen indicar un estado de ánimo fluctuante con tintes depresivos y ansiosos. En el resto de dimensiones, el contenido de los items indica necesidad de los demás (F.I), variabilidad o inestabilidad tanto en relación con las

personas, como con los actos y preferencias (F.II), congoja, tristeza y una visión negativa del presente y de uno mismo (F.III), irritabilidad, sin más (F.IV) y cierta expresión de deseos (F.V), (Para más información, ver Andreu y Galdón, 1989).

2.3. *Análisis Realizados*

Se realizaron pruebas t de Student para la comparación de los distintos subgrupos de nuestra muestra en las diferentes dimensiones evaluadas por el C.A.E.C. concretamente:

- grupo de cáncer vs. grupo de mujeres sanas

- subgrupo con estadios no metastásicos vs. grupo de mujeres sanas
- subgrupo con estadio metastásico vs. grupo de mujeres sanas
- subgrupo con estadio no metastásico vs. subgrupo con estadio metastásico
- subgrupo con estadio II vs. subgrupo con estadio III.

RESULTADOS

Comentaremos los resultados de la prueba t de Student en diferentes apartados en función de los grupos incluidos en las comparaciones.

FACTOR		Ca.	Sa.	Valor t	Nivel de significación
I. DEPENDENCIA	X	18.33	16.05	2.68	0.01
	D.S.	7.40	7.23		
II. INESTABILIDAD	X	9.93	10.26	-0.51	-
	D.S.	5.73	5.54		
III. DEPRESION	X	11.80	10.96	1.36	-
	D.S.	5.90	5.22		
IV. IRRITABILIDAD	X	9.08	9.32	-0.50	-
	D.S.	4.37	3.74		
V. PENSAMIENTO DESIDERATIVO	X	12.89	12.62	0.73	-
	D.S.	3.16	3.12		
ANIMO INESTABLE DEPRESIVO	X	12.39	11.19	1.82	-
	D.S.	5.72	5.67		

Nota. Las letras corresponden a la nomenclatura abreviada de los grupos:
 Ca = Cáncer bajo tratamiento, Sa = Mujeres sanas.
 X = Media obtenida por el grupo en el factor, D.S. = Desviación standard.

Cuadro 3.1. Medias obtenidas por el grupo de cáncer bajo tratamiento y el grupo de mujeres sanas en los diferentes factores del C.A.E.C., así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

FACTOR		I, II, III	SA.	Valor t	Nivel de significación
I. DEPENDENCIA	X	19.24	16.05	3.10	0.01
	D.S.	7.70	7.23		
II. INESTABILIDAD	X	11.17	10.26	1.17	-
	D.S.	5.86	5.54		
III. DEPRESION	X	12.40	10.96	2.00	0.05
	D.S.	5.24	5.22		
IV. IRRITABILIDAD	X	9.51	9.32	0.33	-
	D.S.	4.42	3.74		
V. PENSAMIENTO DESIDERATIVO	X	13.13	12.62	1.21	-
	D.S.	3.00	3.12		
ANIMO INESTABLE DEPRESIVO	X	13.39	11.19	2.86	0.01
	D.S.	5.68	5.67		

Nota: Las letras y números romanos corresponden a la nomenclatura abreviada de los grupos:
 I, II, III = Grupo de cáncer en estadios no metastásicos, Sa = Mujeres sanas.
 X = Media obtenida por el grupo en el factor, D.S. = Desviación standard.

Cuadro 3.2. Medias obtenidas por el grupo de cáncer bajo tratamiento (estadios I, II y III) y el grupo de mujeres sanas en los diferentes factores del C.A.E.C., así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

Grupo de pacientes con cáncer de mama y grupo de mujeres sanas

Al comparar estos dos grupos (Cuadro 3.1), vemos que la única diferencia significativa aparece en el primer factor, i.e., en el factor de Dependencia. Las mujeres con cáncer de mama bajo tratamiento poliquimioterapéutico (Ca) son más dependientes ($p < 0.01$) que el grupo de mujeres sanas (Sa). Asimismo, y aunque no alcanzan la significación estadística, se presentan en la misma dirección las diferencias sobre las dimensiones de Depresión (factor III) y Animo Inestable Depresivo.

Los resultados muestran pues, la ausen-

cia de diferencias significativas en las dimensiones citadas frecuentemente en la bibliografía como reacciones emocionales características del grupo oncológico. No obstante, y retomando nuestro planteamiento inicial, cabe preguntarse si estos resultados se mantienen cuando no consideramos el estadio IV en la muestra oncológica.

Grupo de pacientes con cáncer de mama en estadios no metastásicos y grupo de mujeres sanas

En este caso, es decir, cuando eliminamos el estadio metastásico de la muestra de cáncer, sigue apareciendo la diferencia ante-

FACTOR		IV	SA.	Valor t	Nivel de significación
I. DEPENDENCIA	X	7.11	16.05	1.02	-
	D.S.	6.86	7.23		
II. INESTABILIDAD	X	8.31	10.26	-2.44	0.05
	D.S.	5.25	5.54		
III. DEPRESION	X	11.02	10.96	0.08	-
	D.S.	5.07	5.22		
IV. IRRITABILIDAD	X	8.52	9.32	-1.27	-
	D.S.	4.28	3.74		
V. PENSAMIENTO DESIDERATIVO	X	12.57	12.62	-0.10	-
	D.S.	3.36	3.12		
ANIMO INESTABLE DEPRESIVO	X	11.08	11.19	-0.13	-
	D.S.	5.54	5.67		

Nota: Las letras y números romanos corresponden a la nomenclatura abreviada de los grupos:
 IV = Grupo de cáncer en estadio metastásico, Sa = Mujeres sanas.
 X = Media obtenida por el grupo en el factor, D.S. = Desviación standard.

Cuadro 3.3. Medias obtenidas por el grupo de cáncer bajo tratamiento (estadio IV) y el grupo de mujeres sanas en los diferentes factores del C.A.E.C., así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

rior a nivel del factor de Dependencia y lo que antes eran meras tendencias, alcanzan aquí la significación estadística. En definitiva pues, las pacientes con cáncer de mama en estadios I, II y III son más dependientes ($p < 0.01$), están más deprimidas ($p < 0.05$) y presentan mayor ánimo inestable depresivo ($p < 0.01$) que el grupo de mujeres sanas (Sa) (Cuadro 3.2).

Pacientes con cáncer de mama en estadio IV y Grupo de mujeres sanas

En cuanto al estadio IV, sólo presenta una diferencia significativa con respecto al grupo de mujeres sanas (Sa) en el factor II:

Inestabilidad ($p < 0.05$), pero, en este caso, obtiene la mayor puntuación este último grupo. Es decir, el perfil psicológico de estas pacientes parece apuntar hacia una mayor estabilidad frente al grupo de mujeres sanas. En el resto de factores, además de que las diferencias no son significativas, cabe resaltar que sólo a nivel de Dependencias, es mayor la puntuación alcanzada por el subgrupo con estadio IV (Cuadro 3.3).

Estadios no metastásicos vs. estadio metastásico

En esta ocasión, se trataba de comprobar si existía un perfil diferenciado entre los esta-

FACTOR		IV	SA.	Valor t	Nivel de significación
I. DEPENDENCIA	X	7.11	16.05	1.02	-
	D.S.	6.86	7.23		
II. INESTABILIDAD	X	8.31	10.26	-2.44	0.05
	D.S.	5.25	5.54		
III. DEPRESION	X	11.02	10.96	0.08	-
	D.S.	5.07	5.22		
IV. IRRITABILIDAD	X	8.52	9.32	-1.27	-
	D.S.	4.28	3.74		
V. PENSAMIENTO DESIDERATIVO	X	12.57	12.62	-0.10	-
	D.S.	3.36	3.12		
ANIMO INESTABLE DEPRESIVO	X	11.08	11.19	-0.13	-
	D.S.	5.54	5.67		

Nota: Las letras y números romanos corresponden a la nomenclatura abreviada de los grupos:
 IV = Grupo de cáncer en estadio metastásico, Sa = Mujeres sanas.
 X = Media obtenida por el grupo en el factor, D.S. = Desviación standard.

Cuadro 3.3. Medias obtenidas por el grupo de cáncer bajo tratamiento (estadio IV) y el grupo de mujeres sanas en los diferentes factores del C.A.E.C., así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

dios, I, II y III frente al IV, ya que estos grupos se comportaban de manera distinta frente al grupo de mujeres sanas. Los resultados muestran la existencia de diferencias significativas a nivel de Inestabilidad y Animo Inestable Depresivo ($p < 0.01$ y $p < 0.05$, respectivamente), siendo los estadios no metastásicos los que presentan mayores puntuaciones. Además, en el resto de los factores se observa una direccionalidad a favor también de este grupo llegando, en algunos casos, a presentar claras tendencias, por ejemplo en Dependencias (factor I) y Depresión (factor III) (Cuadro 3.4).

Hasta aquí hemos mantenido la diferenciación entre estadios no metastásicos y el estadio metastásico de la enfermedad. Diferen-

ciación que parece justificada dados los resultados obtenidos. No obstante, cabe preguntarse si el grupo formado por los estadios no metastásicos constituye realmente un grupo homogéneo. El estadio I no pudo entrar en esta comparación ya que lo componen cuatro sujetos únicamente.

Estadio II y Estadio III

La comparación entre el estadio II y el estadio III no mostró diferencias significativas, siendo los valores correspondientes a la prueba "t", además, muy bajos (Cuadro 3.5). Se trata pues de dos subgrupos muy homogéneos entre sí, lo que justifica su conside-

FACTOR		I,II,III.	IV.	Valor t	Nivel de significación
I. DEPENDENCIA	X	19.24	17.11	1.77	-
	D.S.	7.70	6.86		
II. INESTABILIDAD	X	11.17	8.31	3.11	0.01
	D.S.	5.24	5.07		
III. DEPRESION	X	12.40	11.02	1.62	-
	D.S.	5.24	5.07		
IV. IRRITABILIDAD	X	9.51	8.52	1.39	-
	D.S.	4.42	4.28		
V. PENSAMIENTO DESIDERATIVO	X	13.13	12.57	1.03	-
	D.S.	3.00	3.36		
ANIMO INESTABLE DEPRESIVO	X	13.39	11.08	2.48	0.05
	D.S.	5.68	5.54		

Nota: Los números romanos corresponden a la nomenclatura abreviada de los grupos:
 I,II y III = Grupo de cáncer en estadios no metastásicos,
 IV = Grupo de cáncer en estadio metastásico.
 X = Media obtenida por el grupo en el factor, D.S. = Desviación standard

Cuadro 3.4. Medias obtenidas por los subgrupos de cáncer bajo tratamiento: subgrupos con estadios no metastásicos y subgrupos con estadio metastásico, en los diferentes factores del C.A.E.C., así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

ración como grupo único frente al estadio metastásico y al grupo de mujeres sanas.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Centrándonos en primer lugar en la comparación entre el grupo de cáncer bajo tratamiento tomado en su totalidad y el grupo de mujeres sanas, cabe resaltar que no aparecen diferencias significativas a nivel de depresión, irritabilidad, inestabilidad, pensamiento desiderativo o ánimo inestable depresivo. Estos resultados están en línea con los obtenidos previamente en nuestro Departamento (Barreto, 1984; Forner, 1984; Andreu,

1985; Ibáñez, 1987). Sólo aparece una diferencia significativa a nivel del factor de dependencia: el grupo de cáncer bajo tratamiento es más dependiente que el grupo sin patología orgánica conocida. Este hecho, además de resultar bastante comprensible en una persona enferma, guarda clara relación con estudios realizados también en nuestro Departamento, a nivel de análisis cualitativo de ítems: Barreto (1984) obtienen como resultado que el factor más importante en el grupo de cáncer es el de "comodidad y dependencia", indicando prácticamente en su totalidad, "ideas irracionales que giran en torno a la dependencia de los demás bien

FACTOR		II	III	Valor t	Nivel de significación
I.- DEPENDENCIA	X	19.19	19.55	-0.21	-
	D.S.	7.10	8.39		
II.- INESTABILIDAD	X	11.43	11.25	0.13	-
	D.S.	5.80	6.13		
III.- DEPRESION	X	13.24	12.00	1.03	-
	D.S.	5.34	5.23		
IV.-IRRITABILIDAD	X	9.11	10.07	-0.95	-
	D.S.	4.45	4.49		
V.- PENSAMIENTO DESIDERATIVO	X	13.38	13.05	0.49	-
	D.S.	3.07	2.92		
ANIMO INESTABLE DEPRESIVO	X	13.05	14.12	-0.84	-
	D.S.	5.54	5.83		

Nota: Los números romanos corresponden a la nomenclatura abreviada de los grupos:
 II = Grupo de cáncer en estadio II, III = Grupo de cáncer en estadio III
 X = Media obtenida por el grupo en el factor, D.S. = Desviación standard.

Cuadro 3.5. Media obtenida por el subgrupo en estadio II y por el subgrupo en estadio III del grupo de cáncer bajo tratamiento, en los diferentes factores del C.A.E.C., así como el valor de la prueba t de Student y el nivel de significación correspondiente.

como guía de apoyo ante sus dificultades y errores, o bien como modelo a seguir en sus pautas de actuación para superar la baja tolerancia a la frustración". Asimismo, Andreu et al. (1988) encuentran como un aspecto fundamental del factor "Propensión a la culpabilidad" de la escala I.P.A.T. de Cattell, la dependencia de los demás. En definitiva, lo que parecía asomar timidamente en diversas escalas, a través de análisis cualitativos, se muestra como la única variable que da lugar a la existencia de diferencias significativas entre un grupo y otro.

Hasta aquí pues, "grosso modo", los resultados no varían respecto a los obtenidos previamente. otra cuestión, sin embargo, es

cuando desdoblamos el grupo de cáncer bajo tratamiento en estadios no metastásicos y estadio metastásico de la enfermedad.

Por una parte, cuando excluimos el estadio IV de la muestra de cáncer, nuestros resultados si se encuentran en línea con los aparecidos en la bibliografía (Hugues, 1982; Bloom 1982) ya que las pacientes con cáncer de mama en estadios no metastásicos de la enfermedad se muestran más deprimidas y con mayor ánimo inestable depresivo que el grupo de mujeres sanas. Parece pues que la inclusión del estadio IV en nuestras muestras podría ser la causa de los diferentes resultados. Asimismo las pacientes con cáncer de mama presentan una mayor puntuación en el factor

de Dependencia. Característica ésta que no ha recibido un tratamiento sistemático en la bibliografía; mientras en algunos trabajos ha sido mencionada como una de las implicaciones psicológicas del cáncer (Lederberg et al. 1989), aunque generalmente no se ha incluido como variable de estudio; en otros, fundamentalmente de corte psicoanalítico, la dependencia ha sido vinculada más con los factores de riesgo que con posibles reacciones a la enfermedad (Greenberg y Dattote, 1981). No obstante, en nuestros resultados se muestra como variable relevante, siendo incluso el factor principal en cuanto a varianza explicada del C.A.E.C. (Andreu y Galdón, 1989).

Por otro lado, la comparación del estadio metastásico con el grupo sano arroja un resultado, en principio sorprendente: las pacientes en este estadio sólo muestran una diferencia significativa, a nivel de una mayor estabilidad que las mujeres sin patología orgánica conocida. Es decir, no hay ninguna reacción emocional específica de este grupo, en cuanto a ansiedad y depresión; el perfil emocional de estas pacientes es similar al de aquellas mujeres que no están atravesando un acontecimiento vital amenazante como es el cáncer, salvo en su aspecto: su inestabilidad es menor.

Un patrón similar aparece cuando comparamos los estadios no metastásicos con el estadio metastásico de la enfermedad. De nuevo, las diferencias aparecidas parecen mostrar un perfil característico del estadio IV; éste es menos inestable y presenta menor ánimo inestable depresivo que aquellos.

En definitiva, desde estos diferentes resultados y considerándolos desde una perspectiva transversal (asumiendo de antemano, por supuesto, todas las limitaciones que ello conlleva), parece que en estadios no metastásicos, las pacientes con cáncer de mama se muestran dependientes y deprimidas; no obstante, a medida que "avanzamos" en la enfermedad, este perfil emocional se modifica, ya que en el estadio IV, no sólo han desapa-

recido la dependencia y la depresión sino que, se ha adquirido una mayor estabilidad emocional. Vista así la cuestión, y reconociendo las limitaciones que acabamos de apuntar, nuestros resultados no parecen apoyar la hipótesis de la asociación entre diagnóstico de cáncer y control emocional, tantas veces mencionada en la bibliografía (Eysenck, 1983; Pettingale et al. 1984; Watson et al. 1984). El control emocional parece caracterizar sólo al estadio más avanzado de la enfermedad, pareciendo más bien una respuesta al proceso de la misma, que una característica de personalidad previa en estas mujeres. Resultado éste, pues, que no apoyaría lo que ya se ha bautizado como Patrón de Personalidad tipo C, a pesar de que sigue constituyendo un tema problemático (Ibáñez, 1988). En cualquier caso, y evidentemente, este posible proceso no queda suficientemente contrastado en un estudio "transversal"; sería muy interesante realizar estudios longitudinales, estudios de seguimiento, para comprobar si verdaderamente se produce esta sucesión de estados o características psicológicas.

Desde todos los ángulos pues, se perfila en nuestros resultados el estadio IV como el más «ajustado» de los que componen la muestra de cáncer (exceptuando el estadio I que, como ya indicamos, no pudo entrar en la comparación debido al escaso número de sujetos que lo integraban). Podríamos argumentar aquí que es posible que el tiempo transcurrido desde el comienzo del tratamiento sea mayor, refiriéndonos al grupo como tal, a medida que avanzamos en el estadio, lo que se asociaría con una mayor adaptación o ajuste del paciente (Morris et al. 1977; Bloom, 1987). Asimismo, también podríamos hacer responsable a la variable edad de la menor inestabilidad, en particular, y del 294 «mejor ajuste», en general, del estadio metastásico de la enfermedad. No obstante estas hipótesis (que deberán ser revisadas en trabajos futuros nos inclinamos a pen-

sar que el estadio IV presenta una característica diferencial: la presencia de metástasis que se ve acompañada muy frecuentemente de sintomatología; esto puede ser la causa del diferente perfil emocional de estas pacientes en este grupo el tratamiento tiene una eficacia real, actual, no preventiva; lo que, quizá, conllevaría una situación menos ambigua y más consistente con la idea común de una enfermedad —modelo de enfermedad aguda, por lo general—, donde existen unos síntomas o indicadores concretos de esa enfermedad (Leventhal et al. 1980). Con todo, antes de hablar de un «mejor ajuste» en estas pacientes, resultaría imprescindible profundizar más en las connotaciones y repercusiones de ese mayor control emocional.

Por último y volviendo a las cuestiones planteadas en la introducción, podemos afirmar que la paciente presenta un perfil específico de reacciones emocionales cuando se enfrenta al estadio metastásico de la enfermedad y que la presencia de este estadio en el grupo de pacientes con cáncer de mama altera los resultados —la mayor depresión o ánimo inestable depresivo de los estudios II y III se diluye al incluir el estadio IV—, neutralizando las reacciones emocionales frecuentemente citadas en la bibliografía. Así, no podemos considerar al grupo de cáncer de mama como tal, sino que, al parecer, hemos de diferenciar al subgrupo de estadios no metastásicos por una parte y, por otra, al del estadio metastásico de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Andreu, Y. (1985). *Reacciones emocionales en las pacientes con cáncer de mama*. Tesis de Licenciatura. Mimeo. Fac. de Psicología. Univ. de Valencia.
- Andreu, Y. (1987). *Creación de un cuestionario para pacientes con cáncer de mama*. Tesis doctoral. Mimeo. Fac. de Psicología. Univ. de Valencia.
- Andreu, Y., García-Riaño, D. e Ibáñez, E. (1988). Reacciones emocionales en las pacientes con cáncer de mama. *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 93-116.
- Andreu, Y. y Galdón, M.J. (1989). Un primer acercamiento a la evaluación del ajuste emocional del paciente oncológico. *Anales de Psiquiatría*, 5, 348-358.
- Andreu, Y. y Mira, J.M. (1989). Psicología Oncológica. *Phronesis*, 10, 53-66.
- Barreto, P. (1984). *Factores psicológicos en pacientes con cáncer de mama*. Tesis doctoral. Mimeo. Fac. de Psicología. Univ. de Valencia.
- Barreto, P. (1984). Análisis de ítems de variables de vulnerabilidad al stress y de depresión en pacientes con cáncer de mama. *Primeras jornadas de Psicología Oncológica*. Barcelona.
- Bloom, J.R. (1982). Social Support, Accomodation to stress and Adjustment to Breast Cancer. *Social Science Medicine*, 16, 1329-1338.
- Bloom, J.R. (1987). Psychological response to mastectomy: A perspective comparison study. *Cancer*, 59, 189-196.
- Derogatis, L.R. y Spencer, P.M. (1984). Psychometric issues in the psychological assessment of the cancer patient. *Cancer Supplement*, 53, 2.228-2.232.
- Eysenk, H.J. (1983). Stress, disease and personality: the inoculation effect. En Cary L. Cooper (Ed.), *Stress Research*. New York: Wiley.
- Fomer, E. (1984). Memoria, Pensamientos y Valores en pacientes cancerosos. Tesis de Licenciatura. Mimeo. Fac. de Psicología. Univ. de Valencia.
- Fomer, E., Hernández, P., Lluch, A., García-Conde, J. y Barreto, P. (1984). Sistema de valores e ideas irracionales en pacientes oncológicos. *Primeras Jornadas de Psicología Oncológica*. Barcelona.
- Gottesman, D. y Lewis, M.S. (1982). Differences in crisis reactions among cancer and surgery patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 381-388.
- Greenberg, R.P. y Dattore, P.J. (1981). The relationship between dependency and the development of cancer. *Psychosomatic Medicine*, 43, 35-43.

- Hugues, J. (1982). Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 277-283.
- Ibáñez, E. (1984). Reflexiones en torno a la relación entre depresión y cáncer. *Boletín de Psicología*, 4, 99-113.
- Ibáñez, E. (1987). Psicología Oncológica. Un panorama a vuelapluma. En Morales-Ortiz: *Intervención Psicológica en el Hospital General*. Murcia. Consejería de Cultura.
- Ibáñez, E. (1988). La información como estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados de cáncer. *Boletín de Psicología*, 21, 27-50.
- Lederberg, M., Holland, J. y Massie, M.J. (1989). Psychologic aspects of patients with cancer. En V.T. DeVita, Jr., S. Hellman, & S.A., Rosenberg (Eds.), *Cancer: Principles & Practice of Oncology* (3rd ed., Vol.2), Philadelphia: Lippincott.
- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*, Vol. II. London: Pergamon Press.
- Meyerowitz, B.E. y Sparks, F.C. (1979). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. Psychosocial implications. *Cancer*, 43, 1613-1618.
- Meyerowitz, B.E. (1981). The impact of mastectomy on the lives of women. *Professional Psychology*, 12, 118-127.
- Morris, T., Greer, S. y White, P. (1977). Psychological and social adjustment to mastectomy: A two years follow-up study. *Cancer*, 40, 2.381-2.387.
- Morris, T. (1979). Psychological adjustment to mastectomy. *Cancer Treatment Reviews*, 6: 41-61.
- Nerenz, D.R.; Leventhal, H. y Love R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 50, 1.020-1.027.
- Pettingale, K.W.; Watson, M. y Greer, S. (1984). The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2, 21-30.
- Spinetta, J. (1984). Development of psychometric assessment methods by life cycle stages. *Cancer Supplement*, 53, 2.222-2.225.
- Watson, M.; Pettingale, K.W. y Greer, S. (1984). Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 467-474.
- Wood, J.V.; Taylor, S.E. y Lichman, R.R. (1985). Social Comparison in adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1169-1183.
- Worden, J.N. y Sobel, H.J. (1978). Ego strength and psychosocial adaptation to cancer. *Psychosomatic Medicine*, 40, 585-592.
- Wortman, C.B. y Dunkel, C. (1979). Interpersonal relationships and cancer. *Journal of Social Issues*, 35, 120-155.