

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES SOMETIDAS A
MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA

MIREYA BERMUDEZ ALBA
CAROLINA SIERRA ZAMBRANO

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE
PSICOLOGO

ASESORES: Dr. Luis Flórez A. PSIC.
Docente. U.N.
Dr. Eduardo Angarita. PSIQ.
Psiquiatría. INC
Dr. José J. Caicedo. MD
Seno. INC
Dra. Maritza Rev P. MD
Epidemiología. INC

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
SANTAFE DE BOGOTA, D.C. 1996

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
DELIMITACION DEL PROBLEMA	
OBJETIVOS	
Objetivo General.....	14
Objetivos Especificos.....	14
DEFINICION DE VARIABLES	
Variable Asignada.....	15
Variables Relacionadas.....	15
Variables de Control.....	16
MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL	
MEDICINA CONDUCTUAL Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	19
CALIDAD DE VIDA.....	21
Evolución del concepto y dimensiones que la constituyen.....	21
Calidad de vida en cáncer.....	26
Medición de la calidad de vida.....	28
CANCER DE SENO.....	33
Tratamientos del Cáncer de mama.....	34
ASPECTOS PSICOLOGICOS ASOCIADOS AL CANCER DE MAMA Y LA MASTECTOMIA	
Impacto psicológico del Cáncer de	

mama.....	36
Impacto psicológico de la Mastectomía.....	40
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	54
METODO	
Sujetos.....	73
Marco de Referencia Institucional.....	73
Diseño.....	76
Instrumentos	
Cuestionario de Adaptación para adultos.....	77
CARES (Cancer Evaluation Rehabilitation System).....	83
Adaptación del CARES.....	88
Procedimiento.....	90
RESULTADOS.....	94
DISCUSION.....	111
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	114
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	118
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Las cuatro fases de la crisis de situación.....	42
Tabla 2. Coeficiente de Fiabilidad de las areas del Cuestionario de Adaptación para Adultos.....	81
Tabla 3. Frecuencia de personas ubicadas en cada variable.....	96
Tabla 4. Promedio General de Calidad de Vida en relación con cada variable.....	102
Tabla 5. Puntaje promedio en el área psicosocial en relación con cada una de las variables.....	102
Tabla 6. Puntaje promedio en el área sexual en relación con cada una de las variables.....	104
Tabla 7. Puntaje promedio en el área marital en relación con cada una de las variables.....	104

Tabla 8. Porcentaje General de solicitud de ayuda en relación con cada una de las variables..... 109

Tabla 9. Porcentaje de solicitud de ayuda en el área psicosocial en relación con cada una de las variables..... 109

Tabla 10. Porcentaje de solicitud de ayuda en el área sexual en relación con cada una de las variables..... 110

Tabla 11. Porcentaje de solicitud de ayuda en el área marital en relación con cada una de las variables..... 110

LISTA DE FIGURAS

	Pág
FIGURA 1. Frecuencia de personas ubicadas en cada categoría de edad.....	96
FIGURA 2. Frecuencia de personas de acuerdo a su Estado Civil.....	97
FIGURA 3. Frecuencia de personas ubicadas en cada categoría de Nivel Educativo....	97
FIGURA 4. Frecuencia de personas de acuerdo al Número de Hijos.....	98
FIGURA 5. Frecuencia de personas de acuerdo a su Nivel de Adaptación.....	98
FIGURA 6. Comparación entre los promedios del Nivel General de Calidad de Vida y el Nivel de Adaptación General.....	99
FIGURA 7. Comparación de la frecuencia de mujeres en cada categoría de las áreas objeto de estudio.....	101
FIGURA 8. Porcentaje General de Solicitud de Ayuda.....	107

FIGURA 9. Porcentaje de Solicitud de Ayuda en
cada una de las áreas objeto de
estudio..... 108

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE ADAPTACION PARA ADULTOS.

ANEXO 2. CARES (SISTEMA DE EVALUACION PARA LA
REHABILITACION DEL CANCER).

INTRODUCCION

El cáncer de seno ha llevado a que anualmente se practiquen un gran número de mastectomías, no sólo en Colombia sino en muchos países. Este procedimiento es sin duda altamente mutilante tanto física como psicológicamente, haciendo que las mujeres sometidas a este procedimiento sufran grandes y graves alteraciones en sus vidas y en su estabilidad como personas. Aún así, es muy poco lo que se ha hecho por evaluar e indagar en lo referente a estas alteraciones y mucho menos en tratar de proveer a esta población de soluciones o alternativas que mejoren su situación.

Por ello, a lo largo de este estudio descriptivo se pretendió evaluar cuál era el nivel de calidad de vida de las mujeres sometidas a mastectomía radical modificada que ya habían culminado su tratamiento post-operatorio, teniendo en cuenta tres áreas que son: la psicosocial, la sexual y la marital. Esto con el fin de tener una visión global de la calidad de vida de esta población y evaluar la medida en que estas tres áreas se veían afectadas, de manera que los resultados que se encontraran pudieran servir de base para la implementación de un programa de atención psicológica para su mejoramiento.

Para ello, se llevó a cabo una medición del nivel de calidad de vida a través de una adaptación del CARES (Cancer Rehabilitation Evaluation System). El grupo estuvo constituido por mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología, que habían sido sometidas a mastectomía radical modificada, que ya habían culminado su tratamiento post-operatorio y no habían sido sometidas a ningún tipo de reconstrucción mamaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de los progresos en los tratamientos para algunos tipos de tumores cancerígenos, el cáncer sigue siendo una enfermedad fatal. Tal es así, que el cáncer de seno no sólo es el más frecuente, sino que también es la principal causa de muerte para las mujeres en muchos países. Los índices varían ampliamente; hay países como Gran Bretaña, Dinamarca, Holanda, Estados Unidos y Canadá, cuya incidencia es de 23 a 35 casos por 100 mil habitantes y otros como Japón, México y Venezuela, cuya incidencia es de 2 a 5 por cada 100 mil habitantes (Sherman y Hossfeld, 1992).

En Colombia, las cifras son igualmente alarmantes, ya que de acuerdo al Instituto Nacional de Cancerología (1995), en el quinquenio de 1989-1993 se diagnosticaron 2.574 casos nuevos de cáncer de seno, y el 90% de éstos son de estados III y IV (estados muy avanzados), lo que trae consigo que la mayoría de estas mujeres tengan que someterse a una mastectomía.

Este hecho, como se ha demostrado a través de un gran número de investigaciones, trae consigo un gran impacto psicológico y social, ya que las operaciones de mutilación pueden ser experimentadas como un serio asalto a la imagen del cuerpo y son un daño a la autoestima de la mujer, constituyéndose en un evento altamente estresante para ellas, que altera por ende su calidad de vida, pues como lo

afirma un reporte del Instituto Americano de Cáncer: "La pérdida física, psicológica y social que resulta del tratamiento por cáncer, es un determinante importante de la calidad de vida de las pacientes" (Bos, 1987).

Tradicionalmente, los pacientes operados por cáncer han sido estudiados en términos de su supervivencia, y sólo hasta hace poco se ha mostrado interés en considerar su calidad de vida y su rehabilitación, aspecto de gran importancia si se considera que el trauma emocional que resulta del diagnóstico y tratamiento del cáncer puede ser potencialmente más dañino para el paciente, que el cáncer en sí mismo.

Es por esta razón, que consideramos de gran importancia para la comunidad psicológica, identificar ampliamente los problemas psicosociales derivados de la mastectomía, que afectan la calidad de vida de la población femenina colombiana mastectomizada, ya que ello nos brindaría la información que podía servir de base para la implementación de un programa de asesoría psicológica dirigido a mujeres post-mastectomizadas, que mejore su calidad de vida, ya que casi siempre se ha intervenido a nivel prequirúrgico.

Así pues, a lo largo de este estudio se pretendió dar respuesta a los siguientes interrogantes:

- Teniendo en cuenta tres áreas: psicosocial, sexual y marital, cuál es el nivel general de calidad de vida de las mujeres con mastectomía radical modificada que ya han culminado su tratamiento post-operatorio?
- En qué medida se encuentra afectada cada una de estas áreas?
- Qué influencia tienen algunas variables demográficas (edad, nivel educativo, número de hijos, estado civil) sobre el nivel de calidad de vida de estas mujeres?
- Qué influencia tiene el nivel de adaptación general a situaciones ambientales de estas mujeres sobre su nivel de calidad de vida?

DELIMITACION DEL PROBLEMA

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el nivel de calidad de vida en mujeres con mastectomía radical modificada que ya han culminado su tratamiento post-operatorio y que no han sido sometidas a ningún tipo de reconstrucción mamaria, a partir de tres áreas: psicosocial, sexual y marital, mediante un instrumento de medición, ya elaborado y validado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la medida en que está afectada cada una de las áreas a considerar.
- Analizar la relación entre ciertas variables demográficas (edad, nivel educativo, estado civil, número de hijos) con el nivel de calidad de vida.
- Evaluar la relación entre el nivel de adaptación de las pacientes y su nivel de calidad de vida.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE ASIGNADA

CALIDAD DE VIDA: Para objeto de nuestro estudio se entendió como el grado de satisfacción de los pacientes con su nivel de bienestar psicosocial, marital y sexual, evaluada mediante el CARES (Cancer Rehabilitation Evaluation System). (Anexo 2)

VARIABLES RELACIONADAS

- **EDAD:** Tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación. Para facilitar el análisis se tomaron cuatro rangos de edad: menores de 30 años, de 30 a 45 años, de 46 a 60 años y mayores de 60 años.
- **ESTADO CIVIL:** Asume 2 formas: Casada (con pareja estable) y Soltera (en caso contrario).
- **NIVEL EDUCATIVO:** Grado de instrucción formal que posee una persona. Este puede ser Alto (si la persona ha cursado estudios universitarios, técnicos o tecnológicos), Medio (si culminó el bachillerato), y Bajo (de quinto elemental hacia abajo).
- **NUMERO DE HIJOS:** Cantidad de descendientes que ha tenido

la mujer (excepto abortos), tomando en cuenta cuatro categorías: 0 hijos, 1 a 2 hijos, de 3 a 5 hijos y 6 o más hijos.

- **NIVEL DE ADAPTACION GENERAL:** Entendido como el grado de autorregulación de un organismo para responder de un modo positivo a la situación ambiental en que se encuentra. Evaluado a través del Cuestionario de Adaptación para Adultos; se consideran cinco categorías de acuerdo al puntaje obtenido: excelente, buena, normal, no satisfactoria y mala. (Anexo 1)

VARIABLES DE CONTROL

- **TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA MASTECTOMIA:** Entre 12 y 24 meses después de la mastectomía, seleccionadas a través del libro de programación diaria de cirugía de la sección de Seno (año 1993-1994) y verificando esta información en la historia clínica, ya que se considera que en este período han culminado su tratamiento post-operatorio, evitando que la información obtenida se deba a los efectos de los tratamientos coadyuvantes y no a la mastectomía en sí.

- **SOMETIMIENTO A CIRUGIA RECONSTRUCTIVA:** Sólo se evaluaron mujeres que no se hubieran sometido a ningún tipo de reconstrucción mamaria, verificando esta información en las historias clínicas, ya que por este cambio estético podrían mostrarse menos afectadas física y psicológicamente.

- **LUGAR DE APLICACION DE LOS INSTRUMENTOS:** La evaluación se llevó a cabo en el hogar de cada una de estas mujeres, contactandolas telefónicamente para acordar una cita para realizar la visita, esto con el fin de evitarles las molestias tanto físicas como psicológicas al tener que acercarse al Instituto, además para que pudieran contestar con más calma los instrumentos pues su aplicación duraba alrededor de 45 minutos.

- **APLICACION DE LOS INSTRUMENTOS:** Los instrumentos fueron aplicados por las personas encargadas de la investigación para evitar que las preguntas se interpretaran de manera inapropiada si llegaban a surgir interrogantes alrededor de ellas al igual que para verificar que las preguntas se respondieran en su totalidad.

- **ORDEN DE APLICACION DE LOS INSTRUMENTOS:** Se aplicó inicialmente el CARES y posteriormente el Cuestionario de Adaptación General, ya que la aplicación del CARES es más corta y se evitaba que las pacientes se fatigaran para proseguir con el Cuestionario de Adaptación.

MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

MEDICINA CONDUCTUAL Y PSICOLOGIA DE LA SALUD

Todos los procedimientos diagnósticos y de curación que se incluyen bajo el término "Medicina Conductual", se basan en el concepto de que cada aspecto del funcionamiento del hombre entra en juego en la salud y en la enfermedad y por lo tanto en la curación. Por ello, para tratar la enfermedad de una manera efectiva se debe incluir en la historia clínica del paciente, sus actitudes hacia el tratamiento, su pauta general de vida, sus miedos y otras emociones destructivas que la enfermedad causa en el paciente y en la familia, como los cambios que produzcan los roles en las relaciones familiares, y los efectos que tengan sobre el trabajo del paciente, las relaciones sociales y otros asuntos similares (Frank, 1988).

De allí que la Medicina Conductual sea conceptualizada como el campo o puente común entre la Psicología y la Medicina, basándose la Psicología en el estudio científico de la conducta humana y la Medicina en el estudio y análisis del substrato biológico-anatómico.

Aún así, la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual no deben ser consideradas como sinónimos, pues la Psicología de la Salud representa la contribución específica de la disciplina de la Psicología a esta base de conocimientos y técnicas llamada Medicina Conductual, a la vez que es una aproximación específica de la disciplina en lo referente a la salud y a la enfermedad, antes que una aproximación interdisciplinaria como lo es la Medicina Conductual (Donker, 1991).

Esta idea constituye la esencia de la definición de la Psicología de la Salud, que postula Matarazzo y Carmody (1985, citados en Flórez, 1991), y que refleja la postura sostenida por la división de Psicología de la Asociación Psicológica Americana (APA): " La Psicología de la Salud es el conjunto de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, para la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y para la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, de la enfermedad, y de las disfunciones relacionadas, así como para el análisis y mejoramiento del sistema y de las políticas de atención de la salud".

De allí que el presente estudio se enmarque dentro de esta área.

CALIDAD DE VIDA

EVOLUCION DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA Y DIMENSIONES QUE LA CONSTITUYEN

Según Followfield (1990), la frase **calidad de vida** ha significado diferentes cosas en los diferentes periodos de este siglo. Este entró en el vocabulario de los Estados Unidos hacia el final de la Segunda Guerra Mundial, e implicó la "buena vida" o la riqueza evidenciada por la posesión de carros, casas y otros bienes materiales. Luego, el dinero y el tiempo libre para actividades de ocio, empezaron a formar parte del concepto.

El reporte de la Comisión con Objetivos Nacionales, iniciada por el presidente Eisenhower en 1960, amplió el rango de elementos que constituyen la calidad de vida, al incluir aspectos como la educación, la salud y el bienestar. Sin embargo, la mayor sacudida se observó en los años sesenta, cuando se dio un cambio de énfasis de una visión materialista de la calidad de vida, hacia una visión enfocada a las emociones, el goce y el disfrute.

Desde 1970 en adelante, se vio un aumento de interés en la calidad de vida durante la enfermedad y el tratamiento, pues concurrentemente con los avances tecnológicos, los pacientes empezaron a demandar que sus doctores tomaran una visión más holística de los problemas

médicos. Esta aproximación se refleja en la definición de Strain (1990), que establece que la calidad de vida es: "el grado de satisfacción de los pacientes con su nivel de bienestar físico, mental y social, comparado con el que ellos perciben que es posible o ideal" (p 22-26). Así, esta definición sugiere que la enfermedad compromete no sólo la integridad biológica del hombre, sino también su bienestar psicológico, social y económico.

De este modo, es posible afirmar que la calidad de vida es un fenómeno multifacético, que implica una variedad de dimensiones y no únicamente el funcionamiento físico.

Dentro de las dimensiones de la calidad de vida se destacan cuatro dominios esenciales o primarios, que son (Followfield, 1990):

- PSICOLOGICO : *Depresión
*Ansiedad
*Ajuste a la enfermedad
- SOCIAL : *Relaciones sexuales y personales
*Compromiso en actividades sociales
- OCUPACIONAL : *Capacidad y deseo de llevar a cabo su trabajo.
*Capacidad para llevar a cabo las labores de su casa.
- FISICO : *Dolor
*Movilidad
*Sueño
*Apetito y Náusea
*Funcionamiento Sexual

-DOMINIO PSICOLOGICO: Concierne a la habilidad individual de enfrentar problemas físicos y psicológicos, y de manejar los momentos de ansiedad y depresión (Aaronson y Beckman, 1987).

*** Ansiedad y Depresión:** Los pacientes que sufren de depresión y ansiedad son incapaces de divertirse o funcionar adecuadamente en algunas de las otras áreas que se considera contribuyen a la calidad de vida. Hecho que verifica la concepción de que no se puede curar el cuerpo sin la mente.

*** Ajuste a la enfermedad:** La sobrevivencia emocional o el estado de salud psicológica puede ser mantenido sólo en aquellas personas que son capaces de adaptarse y ajustarse a las pruebas y tribulaciones de la vida, o que cuentan con un elevado soporte por parte de los profesionales de la salud, familia y amigos.

-DOMINIO SOCIAL: En algunas etapas, en el manejo del proceso del cáncer, las relaciones interpersonales son críticas, y se extienden no sólo a la familia inmediata, sino a los amigos, médicos y enfermeras. En estos periodos de tiempo las relaciones pueden romperse y los problemas reprimirse superficialmente, trayendo consigo también, problemas en la relación de pareja (Aaronson y Beckman, 1987).

*** Relaciones Sociales:** La enfermedad es deprimente, y la enfermedad crónica frecuentemente provoca miedo de que los amigos y seres queridos lo abandonen. Hay alguna evidencia del trabajo antropológico que este miedo al abandono durante la enfermedad, no siempre es muestra de neurosis o paranoia. La conducta de evitación tiene una función vital

a lo largo de la evolución para los animales y el hombre prehistórico. En la ausencia de algún medio para el tratamiento de la enfermedad, evitar al enfermo o abandonarlo es una importante conducta adaptativa. Aunque parezca insensible, estos actos egoístas, pretenden evitar la exposición de los miembros sanos de las especies a infecciones contagiosas para promover su supervivencia. Esta conducta está presente en los primates como los chimpancés, y fue común en los tiempos bíblicos (con los leprosos). Así mismo, quienes hoy en día sufren de enfermedades como el cáncer o el sida, son sujetos al abandono.

***Relaciones Sexuales:** Problemas sexuales muy grandes pueden ocurrir como resultado de impedimentos físicos y traumas emocionales. La ansiedad que algunos afrontan a la actividad sexual, a fallar o ser rechazado por una pareja, puede tener un impacto devastador en la calidad de vida de los individuos. Para muchos individuos, enfermos o sanos, enternecer es una necesidad humana básica, pues implica confirmar que ellos son amados y deseados. Por ello, las personas sometidas a cirugías mutilantes, o tratamientos dispendiosos para la enfermedad crónica, son extremadamente susceptibles a la depresión. Así mismo, la pareja del paciente puede necesitar soporte o ayuda para explorar nuevas formas de expresar su amor u obtener gratificación sexual.

- **DOMINIO FISICO:** La presencia o ausencia de síntomas físicos, como por ejemplo, dolor, náuseas e inmovilidad, pueden tener un mayor efecto en la calidad de vida (Aaronson y Beckman, 1987).

* **Dolor:** La evitación del dolor es una de las acciones básicas humanas y una de las razones primarias para buscar ayuda médica. El dolor crónico restringe severamente la capacidad para funcionar de las personas, de divertirse, y produce un considerable estrés psicológico, social y económico. El dolor es una simple sensación producida por un estímulo específico, la percepción de dolor, no es siempre proporcional al estímulo, pues éste es una experiencia muy individual y subjetiva, que se aminora o aumenta por factores como la cultura, el condicionamiento, la atención o el estado emocional.

CALIDAD DE VIDA EN CANCER

Tanto las consecuencias físicas como psicológicas que trae consigo el cáncer, tienen una gran influencia en la sensación de bienestar y en la calidad de vida, no sólo de los pacientes, sino también de sus amigos y parientes. Muchos de esos traumas psicológicos pueden ser considerados bajo dos encabezamientos principales:

1. El desconocimiento que tienen del tratamiento de la enfermedad; y

2. El pavor a la cantidad de tratamientos necesarios y a sus efectos secundarios.

El mero desconocimiento que tienen los pacientes del tratamiento de la enfermedad puede empeorar su calidad de vida, ya que la gente tiene un gran número de preconcepciones acerca del cáncer: algunos la ven como una enfermedad fatal y sienten que sus tratamientos son básicamente ineficaces; otros, creen que puede ser contagiosa, y otros la asocian con la muerte y un incontrolable dolor; esto se debe generalmente a la ausencia de información o a lo inadecuado de la que se brinda; a la incertidumbre que los pacientes tienen del pronóstico y transcurso de la enfermedad, sobre todo en las primeras consultas; y al estigma tejido alrededor del cáncer, pues éste evoca una sensación profunda de disgusto, repulsión y miedo, que marca a la persona que la padece, ya que se cree que es una enfermedad contaminante, por el desconocimiento que se tiene acerca de la naturaleza de ésta enfermedad.

Por otro lado, el cáncer y sus tratamientos son altamente destructivos, pues se requiere de la extirpación de las células malignas ya sea a través de una cirugía o de una terapia con radiación o drogas citotóxicas; procedimientos bastante dolorosos y dispendiosos, que al final no garantizan la vida del paciente (Followfield, 1990).

MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA

Dentro de la Oncología, la evaluación de la Calidad de Vida se utiliza para un gran número de propósitos, incluyendo (Aaronson, 1990):

- Descripción de la naturaleza y extensión de los problemas funcionales o psicosociales que enfrentan los pacientes en las diferentes etapas de la trayectoria de la enfermedad.
- Establecimiento de normas de morbilidad psicosocial, acerca de grupos específicos de pacientes.
- Evaluación de la eficacia de las intervenciones alternativas, ya sea médicas o psicosociales.
- Ver la necesidad individual de los pacientes de una intervención psicosocial.

En los últimos años la atención es dirigida a la incorporación de los parámetros de Calidad de Vida en ensayos clínicos de terapias para el cáncer. Los datos de calidad de vida juegan un rol importante en la reciente prospectiva y avance en el tratamiento de los sarcomas y el cáncer de seno.

a) **Barreras de la Medición:** La mayor barrera de la inclusión de la evaluación de la calidad de vida en los ensayos clínicos de cáncer, aparece en la existencia de una irresuelta diferencia entre las investigaciones tradicionales, desde perspectivas médicas, y las de las

ciencias sociales. Las investigaciones médicas son muy escépticas de la profundidad científica de la metodología empleada en las ciencias sociales, pues sus metodologías necesitan la recolección (subjetiva) de sujetos (humanos) de estudio. Los ensayos clínicos muestran límites en su eficiencia y parsimonia.

Este factor subjetivo que es incluido en las ciencias sociales, crea desconfianza, ya que el diagnóstico y los procedimientos de evaluación en la medicina, son muy confiables a juicio clínico, hecho que conduce a calificar a la ciencia social como una ciencia "blanda". Por ello, para superar la subjetividad derivada de los datos, se hace necesario utilizar unos rigurosos estándares de exactitud, precisión y reproducción (Aaronson, 1990).

b) Multidimensionalidad de la Calidad de Vida: Al elegir una terapia apropiada para el paciente o para desarrollar las políticas de tratamiento para un grupo diagnóstico, los médicos requieren una información que sirva de base para tomar la decisión. De ahí, que sea muy ventajoso un acercamiento multidimensional a la calidad de vida, ya que permite considerar las consecuencias físicas y psicosociales asociadas con el cáncer y su tratamiento, ya que evalúa por separado varios de los componentes de la calidad de vida de un sujeto. Aún así, uno de los riesgos que se corren en los estudios de calidad de vida, es que la muestra no sea representativa de la población de interés.

Es por ello, que una medición realista que maximice la participación en los estudios de calidad de vida, debe (Aaronson, 1990):

- Asegurar que el propósito y valor de recolección de los datos de calidad de vida, sean claramente tomados en cuenta en el protocolo.
- Emplear una muestra que tenga mínimas demandas de apoyo médico.
- Usar un plan real para la reproducción de datos, que minimice la interrupción de la vida normal de la clínica.

Según Strain (1990), muchos investigadores han propuesto instrumentos para medir la Calidad de Vida, que reflejen el estado del concepto de ésta, en la época en la que han trabajado. Por ejemplo, Karnofsky proporcionó una medida del estado funcional, con resultados confiables y válidos. Luego, Schipper y Levitt, revisaron cuidadosamente a los investigadores que siguieron a Karnofsky, y se dedicaron a examinar más allá del funcionamiento, el estado psicosocial, sensaciones somáticas, dolor, náusea, vómito, disfunciones sexuales, etc. Posteriormente, Priestman y Baum (1976, citados en Strain 1990), desarrollaron un cuestionario con 10 ítems, que demuestra que la calidad de vida puede ser medida y reflejar el éxito clínico.

En 1981, Spitzer y otros, (citados en Strain, 1990), intentaron validar una medida de 5 ítems, que luego se convirtió en una medición global de calidad de vida; y en 1984, Schipper y Col, (citados en Strain 1990),

desarrollaron el Functional Living Index Cancer (FLIC), un cuestionario de autorreporte compuesto de preguntas que fueron objeto de un análisis factorial y discriminativo. Ellos encontraron que el discriminante más poderoso era el desajuste familiar y social.

Finalmente, Crearly (1988, citado en Strain 1990), trabajando con pacientes con trasplante de cadera, desarrolló una evaluación multidimensional, que explora:

- Percepción del estado de salud (incluyendo síntomas)
- Actividades sociales
- Actividades diarias
- Bienestar
- Satisfacción con la atención médica
- Actividades y Bienestar anterior al diagnóstico
- Empleo, y otras, que sirvieron de base para las dimensiones que se consideran hoy día en la medición de la calidad de vida.

El criterio para evaluar un instrumento que se propone medir la calidad de vida, debe incluir la adecuación de la muestra (establecer normas para diferentes edades y sexos, etc), discriminabilidad y cuantificación, sensibilidad al cambio, confiabilidad y validez para diferentes conjuntos de pacientes. Así también, es imperativo que la medida sea apropiada a la muestra, que todas las preguntas sean contestadas, y que se parta de supuestos teóricos e hipótesis adecuadas.

CANCER DE SENO.

El **seno** es un órgano par situado por delante de los músculos pectoral mayor y menor. En el varón éste tiene un limitado desarrollo, mientras que en la mujer se ve sujeto a grandes cambios morfológicos en relación con la edad y con el estado funcional del aparato genital.

Este órgano, tiene importancia por ser uno de los sitios donde frecuentemente se localiza el cáncer en la mujer, pues cerca de 1/5 de los tumores malignos de la mujer, se desarrollan allí.

En cuanto a los tumores, éstos se dividen en benignos y malignos. Los **tumores benignos** tienen como característica el que sus límites están perfectamente circunscritos, tienen una movilidad y un desplazamiento en los tejidos que le rodean, son incapaces de invadir los tejidos vecinos y no existe invasión de los ganglios linfáticos de la cadena axilar o de las cadenas laterales del cuello y una vez extirpados generalmente no reinciden. Por el contrario, los características de los **tumores malignos** incluyen: límites difusos, con una invasión de los tejidos que le rodean, extensión a los ganglios linfáticos, y la posibilidad de reincidir después de su extirpación (Sarpe, 1984).

En los tumores malignos, se distinguen diferentes estados dependiendo de su evolución, que tienen gran

importancia en el tratamiento y el pronóstico, estos son (Sarpe, 1984):

Estado 0: Carcinoma in situ, carcinoma intraductal o enfermedad de Paget del pezón sin tumor.

Estado I: Tumores localizados en la mama, de 2cm o menos en su mayor dimensión.

Estado II: Tumores sin compromiso ganglionar de más de 2cm pero no más de 5cm en su mayor dimensión.

Estado III: Tumores con compromiso ganglionar de más de 5cm en su mayor dimensión.

Estado IV: Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o piel (la pared torácica incluye arcos costales, músculos intercostales y músculo serrato anterior, pero no el músculo pectoral).

TRATAMIENTOS DEL CANCER DE MAMA

De acuerdo con Wagner (1993), a diferencia de otras enfermedades, para las cuales se han descubierto factores causales y la curación, en el cáncer de mama no existe un final feliz. No obstante ello, se han logrado avances que posibilitaron una humanización del tratamiento, el cual antiguamente era devastador para el cuerpo y la mente.

Así, desde finales del siglo XIX, la mastectomía se afianzó como el método ideal para el tratamiento quirúrgico de mama operable y esta operación sigue prevaleciendo aún como procedimiento estándar.

Existen diferentes tipos de mastectomía, entre ellos los más comunes son (Wagner, 1993):

* **Radical:** Extirpación de la mama con músculos pectorales, ganglios linfáticos axilares, piel y tejido subcutáneo acompañantes.

* **Radical Modificada:** Extirpación de la mama con ganglios linfáticos axilares, piel y tejido subcutáneo acompañantes, pero sin músculos pectorales.

* **Total o Simple:** Extirpación de la mama preservando ambos músculos pectorales y sin disección axilar.

* **Simple Ampliada:** Extirpación de la mama en continuidad con los ganglios linfáticos axilares.

A principios del siglo XX, se apreció claramente que la cirugía, como única modalidad terapéutica, no permitía albergar muchas esperanzas de cura. Esta disminución del entusiasmo quirúrgico estimuló la investigación científica a través de estudios epidemiológicos, investigaciones de laboratorio y análisis estadístico de las experiencias prácticas acumuladas con la cirugía en los diversos estados patológicos de la enfermedad. La búsqueda de otras modalidades destinadas a mejorar los resultados de la cirugía o a reemplazarla abarcó la radioterapia, el uso de hormonas, la administración de sustancias químicas y el incremento de las respuestas inmunes, que hoy prevalecen como alternativas de la intervención quirúrgica o como

X

tratamientos complementarios para ella.

Además hoy día, a el alivio de los horrores del dolor y la infección aportados por el advenimiento de la anestesia y de la asepsia, se suma el menor grado de desfiguración sexual asociado, con las nuevas técnicas de reconstrucción mamaria.

ASPECTOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CANCER DE MAMA Y LA MASTECTOMIA

IMPACTO PSICOLOGICO DEL CANCER DE MAMA

Las actitudes del paciente hacia el cáncer varían considerablemente en diferentes partes del mundo, dependiendo de factores culturales, sociales, económicos y educacionales, entre otros. En algunas culturas la misma palabra "cáncer" es un tabú y discutir sobre ello es inaudito. En algunos países los medios de información recogen ciertos aspectos del problema del cáncer y lo distorsionan en la mentalidad pública, creando una gran variedad de problemas. Las supersticiones abundan incluso en países desarrollados cuyos habitantes tienen un buen nivel educacional.

Probablemente, la actitud más importante y prominente es el miedo: miedo a padecer un cáncer, miedo a que éste sea fatal, miedo a que pueda suponer una intervención mutilante, miedo al dolor que éste puede causar, miedo al

tratamiento y sus efectos secundarios. Estos miedos variarán en frecuencia e intensidad, así como las reacciones de los pacientes (Sherman, 1992).

Herech (1984), sostiene que el tipo de tumor, el lugar en que está situado o la dificultad para localizarlo, son factores que influyen en la respuesta psicológica del paciente y la familia, e incluso en la actitud de los médicos. De manera específica, la reacción inicial si el cáncer se halla lejos de los órganos internos, tiende a causar menos miedo y mayor esperanza, ya que se supone que en tal caso es más fácil su control y curación. Los tumores asociados a los órganos vitales producen más miedo y éste es más difícil de superar. Los tumores asociados a órganos sexuales presentan una carga emocional añadida, pues se trata de la intimidad, de la masculinidad o femineidad del individuo.

Entre otros factores que pueden influir en las reacciones de una persona ante el cáncer se pueden citar las manifestaciones externas de la enfermedad, deterioro de la imagen y déficits funcionales por el tratamiento. Los cambios en la imagen corporal, cambios de pigmentación, úlceras que no acaban de cicatrizar, hemorragias y pérdida crónica de peso, son algunos síntomas o signos de cómo pueden manifestarse los distintos tipos de cáncer.

Todos los pacientes experimentan una creciente ansiedad ante los cambios de humor y de conducta. Entre la gama de manifestaciones, se pueden citar, silencio estoico,

retraimiento social, depresión y ansiedad constantes. Dichos cambios suelen ser pasajeros, pues a menudo se puede lograr el equilibrio psicológico y social gracias a la energía personal que muchas personas encuentran dentro del contexto de sus creencias, de la familia y otros sistemas de apoyo.

El tipo y grado de ansiedad y pérdida de autoestima en una mujer, por la pérdida del seno, depende de aspectos como la cultura en que ella vive, su sistema de evaluación de los acontecimientos y el rol que juegan sus senos en su autoimagen, entre otros.

Margaret Mead's, (1978, citada en Harris, 1979), estudió varias culturas y concluyó que el seno es idealizado en los Estados Unidos, y es la primera fuente de identidad femenina. Algunas mujeres creen que la talla y la forma de sus senos determina su deseabilidad sexual y define su aceptabilidad como mujer ante los ojos de la sociedad.

La pérdida del seno afecta en gran medida la identidad de una mujer. Su autoimagen, su feminidad y la evaluación de sí misma como persona es amenazada especialmente si sus senos son percibidos como un componente de su identidad, o si son cruciales en el funcionamiento de su carrera.

Para muchas mujeres, los senos son equivalentes a la maternidad, tanto literal como simbólicamente, pues representan el alimento para el niño recién nacido (Harris, 1979).

Según Bos (1987), las influencias culturales y sociales pueden complicar los efectos en el equilibrio psicológico de los pacientes y en su proceso de recuperación, especialmente si la mujer está influenciada por mitos y juicios errados, que eliciten culpa en ellas, pues pueden llegar a interpretar la enfermedad como un castigo por haber hecho algo malo. Muchas pacientes sienten culpa de sus pecados sexuales o transgresiones, como la masturbación, el aborto, prácticas anticonceptivas y cambios de pareja. Aunque estos sentimientos de culpa no son realistas, las ideas acerca de la sexualidad en la gente joven, así como en los mayores, son asombrosamente tradicionalistas, y los pueden llevar a tratar de arreglarlo todo absteniéndose del sexo.

IMPACTO PSICOLOGICO DE LA MASTECTOMIA

Dada la importancia que nuestra cultura da a las mamas de la mujer, las repercusiones psicológicas y sociales son importantes. De acuerdo con Gyllenskold (1990), en todas las pacientes, el diagnóstico de cáncer de mama produce una crisis aguda de situación. La intensidad y la duración de esta crisis psicológica varía, pero todas las pacientes pasan a través de alguna o todas las fases de esta crisis.

Una crisis de situación, se inicia cuando un acontecimiento externo, por ejemplo, una enfermedad

somática grave, amenaza la existencia física de una persona, su identidad social, su seguridad personal o las posibilidades de satisfacciones básicas en la vida. De acuerdo con Gyllenskold (1990), esta crisis sigue un patrón preciso de iniciación, desarrollo y final, dividiéndose en cuatro fases que son : (Tabla 1)

1. **Fase de Shock:** Cuando una paciente es diagnosticada de cáncer de mama, experimenta a la vez la sensación de una amenaza contra su vida y una amenaza contra su identidad como mujer. Por lo tanto, experimentan también emociones de gran desamparo y dependencia. En el momento del diagnóstico, la paciente sufre un shock y durante la fase de shock intenta mantener a distancia la realidad, ya que todavía no ha podido asimilar lo que le ha sucedido. No es infrecuente encontrar una paciente con ese shock, completamente calmada en la superficie, mientras que debajo hay un verdadero caos.

Durante la fase de shock, algunas pacientes empiezan inconscientemente a utilizar mecanismos de defensa psicológica diferentes para enfrentarse con la situación, tales como la negación, la despersonalización y la supresión.

Tabla 1. Las cuatro fases de la crisis de situación.

Nombre de la Fase	Duración	
1. Shock	De unos pocos segundos a unos días.	
2. Reacción	Uno o varios meses después del shock.	}Estado Agudo }Estado de ir adelante psicológicamente
3. Reparación	Más meses después del shock.	
4. Nueva Orientación	El tiempo después de haber pasado a través de todas las demás fases.	

(Tomada de Gyllenskold, 1990).

2. Fase de Reacción: Gradualmente, y con el apoyo de lo que está sucediendo en realidad, la paciente pasa a la fase de reacción de la crisis de situación. Ahora puede captar más plenamente el significado del diagnóstico: que va a ser sometida a un tratamiento mutilante, y que tiene una enfermedad grave. Esto significa, sobre todo, que tiene la mente ocupada por pensamientos acerca de la enfermedad y por las emociones que los acompañan. Estar preocupada de muy pocas cosas aparte de la enfermedad y sus posibles consecuencias, es una manera de reaccionar psicológicamente, normal y sana.

En la sala de operaciones y en conexión con la amputación de una mama, una paciente puede experimentar:

- Satisfacción y gratitud por conseguir desembarazarse del tumor canceroso, por obtener ayuda, por ser cuidada.
- Pérdida de la feminidad.
- La sensación de ser deforme y de estar mutilada.

- Reactivación de conflictos neuróticos.

Paralelamente a la conocida sensación de alivio por habersele extirpado el tumor, la paciente puede albergar sentimientos de haber perdido parte de su calidad de mujer. Cada vez que se viste o se desnuda puede notar que su cuerpo está deformado. Desde un punto de vista psicológico, ésta es una reacción normal, ya que una paciente a la que le falta una mama, de hecho no tiene el aspecto de una mujer normal. El valor de la paciente como persona no ha cambiado, pero su aspecto corporal se ha deformado en cuanto se refiere a las mamas.

La reacción psicológicamente normal a la pérdida de la mama por un cáncer es de pesadumbre. En este contexto, pesadumbre significa que la paciente vuelve repetidamente sobre lo que le ha sucedido y refleja sentimientos de angustia y de tristeza por su enfermedad y por la pérdida de la mama. Es importante permitirle abrir su pena a expresiones tales como el llanto, ya que el hecho de expresarla apropiadamente facilita una adaptación sana a la realidad.

3. Fase de Reparación: En la fase de reparación, las pacientes están menos ocupadas por los pensamientos de la pérdida de la mama o de la enfermedad cancerosa. Pueden tomar de nuevo una parte más activa en lo que va sucediendo en la vida cotidiana o reasumir su trabajo en casa o su trabajo profesional. Empiezan a actuar más o menos de la

manera que lo hacían antes de los tratamientos. Sin embargo, tienen momentos de tristeza y momentos de preocupación de que el cáncer pueda golpearlas de nuevo. Pero estos momentos no son duraderos, ni son un obstáculo cuando llegue a ser capaz de gozar de la vida.

4. Fase de Nueva Orientación: La fase de nueva orientación, se caracteriza por un completo retorno a las actividades y capacidades anteriores. Las pacientes que alcanzan esta fase no tienen necesidad de negar lo que les ha sucedido ni el hecho de que son diferentes a como eran antes. Han aprendido que uno puede enfrentarse con el cáncer compartiendo este conocimiento con la familia y con los amigos.

Se ha llegado a describir que las mastectomizadas sienten la **mama fantasma**, o sea, la impresión cerebral de que continúan teniendo la mama, o por lo menos el pezón, y que esto sucede en la mitad de los casos, pero estas molestias no pueden equipararse a la situación bien conocida del miembro fantasma de los amputados de pierna o de brazo, es más bien un estado de tensión algo doloroso, con parestesias en toda la región pectoral y el brazo, que puede persistir por un año o más tiempo (Tejerina, 1986).

Las diferentes fases de la crisis se superponen y el paso de una fase a otra es gradual. Dos fenómenos son básicos para la comprensión de la crisis de situación

cuando se trata de pacientes con cáncer de mama: la psicología de la enfermedad cancerosa y la psicología de la mama femenina (Gyllenskold, 1990).

- **Psicología de la enfermedad cancerosa:** Existen dos conceptos de la enfermedad cancerosa: el concepto médico o biológico (el de los médicos), y el concepto subjetivo de cáncer (el de los pacientes). El **concepto médico** de cáncer está realmente compuesto de muchos conceptos objetivos diferentes, por los cuales se pueden clasificar los diferentes tipos de cáncer en clases diagnósticas, y hacer pronósticos. El **concepto subjetivo** de cáncer comprende el concepto individual que el paciente tiene de la enfermedad cancerosa, y suele estar influido por experiencias personales, mitos y fantasías. No hay un límite claro entre el hecho y la ficción. Los pacientes a menudo asocian directamente el cáncer con la muerte. La enfermedad cancerosa es considerada como insidiosa, difícil de controlar y que conduce a sufrimientos horribles. El hecho de que hasta ahora nadie haya podido explicar plenamente su etiología, hace surgir ideas de que los pacientes mismos podrían ser responsables.

Estos dos conceptos aquí simplificados del cáncer, son bien conocidos por la mayoría del personal hospitalario que trata con pacientes cancerosos. Los conceptos son contradictorios, y sin embargo, un individuo puede albergarlos ambos a la vez.

- **Psicología de la Mama Femenina:** Para mujeres y hombres, la mama femenina engendra toda clase de ideas y emociones, algunas conscientes mientras que otras son totalmente inconscientes. El margen de la experiencia de una mujer sobre la mama es amplio. Empieza siendo amamantada como lactante y pasa a través del desarrollo de sus propias mamas durante la pubertad y adolescencia, y más tarde a través de las experiencias adultas y luego de su capacidad para criar a sus hijos. La forma en que una mujer ha experimentado el desarrollo de sus mamas, sus mamas en la relación sexual o cuando ha criado a sus hijos parece ser de importancia al intentar enfrentarse con la crisis de situación en conexión con la enfermedad cancerosa de la mama. Las mamas de una mujer habrán contribuido a una alta autoestima si ella ha estado contenta y ha gozado con ellas: su aspecto, sus sensaciones, el placer producido al ser acariciadas, el haber gozado criando a los niños. Sin embargo, la identidad de algunas mujeres puede ser exageradamente dependiente de su integridad física, incluyendo las mamas. Estas mujeres necesitan sus mamas como pruebas concretas y visibles de que son realmente mujeres, con derecho a relaciones sexuales y maternidad. Cuando tienen que enfrentarse a la pérdida de una mama, sucede, al principio más o menos inconscientemente, que interpretan la amputación de la mama como una violación de su integridad personal. Equiparan la pérdida de una mama

con la pérdida de una parte indispensable de su feminidad. Estas pacientes necesitan un apoyo psicológico extra antes de una intervención médica. Antes de una mastectomía muestran una tendencia agresiva, abierta u oculta, más bien que signos directos de la profunda depresión subyacente (Gyllenskold, 1990).

Algunas veces, las mujeres pueden asociar inconscientemente sus mamas a emociones de culpabilidad o vergüenza a causa de conflictos neuróticos no resueltos. En un nivel más consciente algunas mujeres se quejan de falta de satisfacción con respecto a sus mamas, por su aspecto o por sus sensaciones. Muchas mujeres nunca parecen haber tenido ninguna experiencia sexual placentera a través de sus mamas. Todo esto contribuye a una autoestimación negativa o incierta.

Cualquiera que sea la actitud o las experiencias que las mujeres tengan de sus mamas, ellas constituyen inevitablemente una parte importante de su personalidad. Por lo tanto, muchas pacientes experimentan una amputación de mama como una pérdida importante de su identidad femenina, al mismo tiempo que se dan cuenta de que la pérdida es una condición necesaria para continuar viviendo. Algunas pacientes dicen: "Bien está que me quiten la mama, por lo menos puedó vivir". Pero hay otras para las cuales la pérdida de la mama es comparable a la pérdida de un ser querido.

Teniendo en cuenta lo que antecede, es evidente que, para las pacientes, las amputaciones de mama tienen implicaciones psicológicas además de las quirúrgicas. Una mastectomía por enfermedad cancerosa es un acontecimiento de importancia psicológica vital en la vida futura de la paciente.

Parece ser que hay una creencia general de que el cáncer y particularmente el cáncer de seno, son eventos altamente estresantes en la vida de un individuo. Tal es así, que en las descripciones psicológicas de los pacientes, inmediatamente después al diagnóstico y tratamiento del cáncer, emergen repetidamente tres problemas característicos, que son (Meyerowitz, 1980):

* **La Depresión:** La Depresión ha sido vista como una respuesta común al cáncer de seno, o como una respuesta acompañante de otros indicadores emocionales de disconfort como la ansiedad, la ira y la hostilidad. Son reacciones psíquicas naturales la depresión del espíritu transitoria y coincidente con el descubrimiento del tumor, las primeras consultas, la decisión operatoria, las aplicaciones de radiaciones y los tratamientos quimioterapéuticos. Estas depresiones son ligeras y duran pocos días.

Cuando hay formas intensas y sobre todo de depresiones prolongadas, la mujer comienza a tener insomnios, estado continuo de tristeza, pérdida de interés y capacidad para la alegría, y llora fácilmente (Tejerina, 1986).

*** Miedos y Preocupaciones:** Al enfrentarse a una enfermedad y una intervención quirúrgica, se elicitán muchos temores. En el caso específico de la cirugía del cáncer de seno, los temores y preocupaciones más comunes son: el miedo a la posibilidad de recurrencia y de necesitar futuro tratamiento, preocupaciones acerca de la mutilación causada por la mastectomía, como el miedo a perder la feminidad, al dolor, a la dependencia, a ser abandonada, y finalmente miedo a morir; generando altos niveles de ansiedad.

*** Cambios en la vida de pareja:** Dentro del mundo particular de cada mujer, la mama tiene una participación variable, excluyendo su habitual contribución orgásmica, que es diferente de unas mujeres a otras, la mama es un ornamento sexual de atracción, cuya falta unilateral puede determinar complejos de inhibición, neurosis de ansiedad por la angustia de su estado y, finalmente, largos periodos de frigidez refleja. Se ha encontrado que las mayores repercusiones se dan en mujeres solteras que han tenido que ser mastectomizadas, y en prometidas que tenían su boda inmediata. Pero también, casadas jóvenes y maduras se han encontrado con el temor directo de que su mutilación alejará a su compañero para la intimidad; otras tienen el sentimiento de una menor valía y de frustración para la vida sexual, que las distancia del hombre (Tejerina, 1986).

Por ello, la mujer y su esposo pueden requerir aprender nuevas posiciones para dormir y hacer el amor,

para evitar el discomfort en la relación sexual.

Para superar todos estos problemas mencionados, el entorno familiar que rodee a la mujer es de crucial importancia, pues puede facilitar las cosas o hacerlas más difíciles.

De acuerdo con Tejerina (1986), el marido o el hombre que sea su compañero afectivo y sexual, adquiere una importancia muy grande en la recuperación psíquica de la enferma. En estas circunstancias críticas, la mujer necesita más que nunca la **ligadura con el otro**, el apoyo sostenido del hombre; precisamente al revés de una liberación. La mastectomizada siente miedo de haber perdido sus atractivos sexuales como mujer sobre su marido.

En mujeres que han cifrado su vida predominantemente en cultivar su belleza y sus atractivos, la repercusión es aún mayor, y no les parece suficiente que el marido o el hombre elegido acepten la mutilación, pues la mujer no tiene valor para verse desnuda mirando la cicatriz, elude recibir las imágenes del espejo; utiliza el cuarto de baño y el tocador con las luces apagadas.

Por ello, su pareja debe suavizar de manera progresiva los temores de la mujer por perder la intimidad. El marido no debe hacer especial repulsa al observar la cicatriz por primera vez, y debe adaptarse a ella como a cualquier otra cicatriz corporal, lo que no significa borrar todo sentimiento de pena por los sufrimientos de su mujer antes y después de la operación; la enferma halla inmediatamente

REVISION BIBLIOGRAFICA

Son muchos los estudios e investigaciones que se han llevado a cabo con el fin de explorar los problemas psicosociales que se asocian a la mastectomía, y la mayoría de ellos han demostrado que los problemas más frecuentes son la ansiedad, la depresión, problemas sexuales y de ajuste.

Peck (1972, citado en Meyerowitz 1980), entrevistó 50 pacientes con cáncer de seno para determinar sus reacciones a la mastectomía y a la radiación, encontrando que 49 de ellas reportan ansiedad severa y 37 depresión.

En otros dos estudios, Morris, Greer y Write (1977), y Maguire (1978), (citados en Meyerowitz 1980), compararon mujeres mastectomizadas con aquellas que fueron tratadas a través de la biopsia. En ambos, las pacientes con mastectomía demostraron estar emocionalmente más estresadas que las del otro grupo.

Resultados similares se han encontrado en estudios más recientes, tal es el caso de Zemore y col (1989), quienes a través de un análisis de contenido de entrevistas a 87 mujeres, con edades entre los 29 y 69 años que se habían sometido a una mastectomía radical de 6 a 9 meses antes; encontraron que las preocupaciones principales que presentan son: la posibilidad de quedar incapacitadas físicamente y de que el cáncer retorne. De igual forma,

Deadman y Col (1989), luego de recoger la información proveniente de 44 mujeres mastectomizadas, encontraron que una amenaza severa, como lo es el diagnóstico de un cáncer de seno, puede inducir ansiedad, mientras que una pérdida severa, como la pérdida de un seno, puede desencadenar depresión.

Es que sin lugar a dudas, de todos los tratamientos para el cáncer de seno, la mastectomía trae consigo los más grandes disturbios en el estado emocional de las pacientes. Esto lo demuestran estudios como los de Maguire y Col (1980), y el de Morris y Col (1979), (citados en Aaronson y Beckman, 1987), que compararon los efectos psicológicos en mujeres mastectomizadas y en mujeres con cirugías por cáncer benigno. Ambos estudios, encontraron que los niveles de ansiedad y depresión fueron significativamente altos en las mastectomizadas, 20 % y 22% respectivamente.

Así mismo, el estudio de Meyerowitz (1983), que examina las posibles características de la calidad de vida en mujeres mastectomizadas con cáncer de seno operable. Para ello, comparó 53 mujeres que fueron tratadas con mastectomía con 60 mujeres mastectomizadas que además recibieron quimioterapia. El análisis indica que el grado de cáncer fue la variable más fuerte asociada con el nivel de ansiedad postmastectomía. Los factores más importantes en la explicación de la ansiedad fueron: la disponibilidad de soporte social, tratamiento de grupo, tiempo transcurrido desde la cirugía y edad.

un gran alivio de la angustia de poder ser repudiada. Si por el contrario el marido no mira la cicatriz, no la acepta, la mujer confirma sus temores de ser rechazada, y se siente malditamente desfeminizada.

Los hijos, cuando ya hayan pasado de ser adolescentes, deben ser informados de la situación de enfermedad de la madre, de los peligros para su vida futura y del hecho sensible de la mutilación. Son las hijas especialmente las que más pueden hacer para una acción curativa mental sobre el estado atribuladamente depresivo de la madre. A los hijos que por su edad ya comprenden, no se les debe mantener aislados ni en secreto lo sucedido. Informados de que el peligro de muerte puede ser evitado por un largo tratamiento, la nueva situación representa mayores motivos de unión entre los miembros de la familia.

De igual forma, Gottschalk y Hoigaard (1986), compararon la respuesta emocional de 4 grupos de mujeres entre 30 y 69 años (N=369), 1-3 y 10-12 meses después de la cirugía, para evaluar los efectos de la mastectomía unilateral. Los 4 grupos de mujeres fueron: 1) mastectomizadas, 2) con biopsia para revelar enfermedad benigna, 3) con colecistectomía y 4) sanas. Se tomaron 3 mediciones de las emociones; el grupo de mujeres mastectomizadas presentó altos niveles de ansiedad y depresión, y un bajo nivel en la escala de bienestar emocional. Todas las mediciones mostraron un mayor número de respuestas emocionales psicopatológicas en el grupo de mujeres mastectomizadas; un nivel bajo en el grupo de mujeres con colecistectomía y un nivel mínimo en el grupo de mujeres con biopsia y sanas.

Igualmente, Hughson y Col (1988), examinaron la morbilidad psicológica en 89 pacientes (31 menores de 50 años y 58 mayores de 50 años) con estados I y II de cáncer de seno tratadas con mastectomía y 31 sujetos de control con enfermedad benigna (menores de 50 años). Los resultados muestran que 2 años después de la cirugía la prevalencia de depresión y ansiedad en grados clínicos fue generalmente inferior al 10%, sin embargo, las pacientes con cáncer menores de 50 años mostraron prevalencias significativamente altas comparadas con pacientes mayores de 50 años y con el grupo de control. También se encontraron problemas sociales y laborales comunes a todas

las edades, al igual que problemas sexuales y del estado animico.

Por otro lado, Grassi y Molinari (1988), investigaron la relación entre la represión de sensaciones negativas y la reacción psicológica frente al cáncer, en 12 pacientes con cáncer de seno que fueron estudiadas 1 semana después de la mastectomía y 6 meses después. En general, las pacientes mostraron menor control emocional correlacionado con el nivel de ansiedad antes de la cirugía, y además, síntomas depresivos después de la mastectomía especialmente después de 6 meses.

Así mismo, Goldstein y Antoni (1989), investigaron la relación entre 3 estilos de afrontamiento con la incidencia de cáncer de seno y su metástasis, a través del Millon Behavioral Health Inventory (MBHI), que evalúa tres estilos represivos de afrontamiento: introvertido, cooperativo y respetuoso. 44 mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de seno (con o sin metástasis), respondieron al MBHI al momento de la admisión a la unidad de tratamiento de cáncer. Todas las pacientes recibieron mastectomía, radiación y/o terapia endocrina. Estas pacientes fueron comparadas con 34 pacientes sin cáncer como grupo de control. Las pacientes con cáncer de seno, emplearon el estilo represivo de afrontamiento en un nivel desproporcionadamente alto, comparado con las pacientes sin cáncer.

De igual forma, Royak (1991), revisa literatura acerca de los efectos psicológicos por tratamiento de cáncer de seno. Los resultados sugieren que los estilos de afrontamiento y la ansiedad son factores que influyen en el pronóstico de una mejor calidad de vida.

Así mismo, el estudio de Maunsell, Brisson y Deschenes (1992), que evalúa los factores potenciales de riesgo para la angustia psicológica entre 205 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de seno, a través de 2 entrevistas en la casa de las pacientes, 3 y 18 meses después de la cirugía. Ellos encontraron que a los 3 meses, las proporciones de mujeres con alta angustia que reportaron de 0-1, 2-5, 4-5 y 6-15 eventos estresantes de la vida, durante los 5 años que precedieron al diagnóstico fueron 17%, 20%, 28% y 37% respectivamente, y que estuvieron presentes altos niveles de angustia psicológica en el 63.1% de las mujeres con una historia de depresión, comparado con un 14.3% de quienes no tenían esta historia. A los 18 meses después del diagnóstico, también se encontró asociación de estos factores con la angustia psicológica, siendo más frecuente en las mujeres con la enfermedad regional (44%), que en quienes tenían la enfermedad localizada (22%). La edad, el nivel educativo y el estado civil tuvieron poca o ninguna asociación con los niveles de angustia psicológica. Así pues, a partir de este estudio se pudo concluir que el número de eventos estresantes de la vida antes del diagnóstico y la historia de depresión, aparecen como

fuertes indicadores del riesgo de angustia psicológica y pueden ser útiles para identificar pacientes con cáncer de seno que necesitan un soporte psicológico más intenso.

Igualmente, Margolis, Goodman y Rubin (1990), entrevistando a 32 pacientes intervenidas, unas con mastectomía y otras con biopsia más radiación, examinaron áreas como la imagen corporal, sexualidad, percepción de salud, satisfacción con el tratamiento, y patología psíquica; encontrando que, quienes se han sometido a una mastectomía se sienten menos atractivas sexualmente y menos deseables.

Se nota así que, los problemas sexuales son también muy frecuentes, ya que los senos forman parte indispensable en el goce sexual, y en la asunción del rol femenino. Pues como se afirma en un estudio psicológico de Gyllenskold en 1981, citado en Gyllenskold (1990), las pacientes asocian las siguientes ideas al significado de la mama femenina: " las mamas son signos visibles del sexo femenino, las mamas son uno de los tributos más preciados de las mujeres: las mamas pueden dar vida, y la producción de leche es exclusivamente femenina; las mamas son símbolos de maternidad y fertilidad, las mamas son eróticamente sensibles e importantes en las relaciones sexuales".

Por ello, cuando la mujer se siente mutilada en su feminidad es natural que se presenten ciertos disturbios en su relación de pareja. Por ejemplo, el estudio de Lee y Maguire (1975, citados en Meyerowitz, 1980), describe "un

incremento en la incidencia de los desacuerdos maritales, problemas sexuales y una disminución en las actividades sociales". Así mismo, Maguire (1978, citado en Meyerowitz, 1980), encontró que las pacientes mastectomizadas reportan muchos más problemas sexuales que las mujeres con tumores de seno benignos, tratadas con biopsia. A los 4 meses siguientes a la intervención, el 40% de las mujeres mastectomizadas reportaron dificultades, en comparación a un 11% del grupo de control. Al año, las cifras fueron 33% y 8% respectivamente.

En un cuestionario aplicado a 31 esposos de mujeres mastectomizadas, Wellisch, Jamison y Pasnau (1978, citados en Meyerowitz, 1980), obtuvieron resultados similares, los esposos frecuentemente reportan que "la sexualidad y la intimidad fueron severamente afectadas por la operación".

Indudablemente las enfermedades físicas, concretamente el cáncer, afectan la sexualidad femenina. A este respecto, en un estudio realizado en la comunidad Valenciana por Rousbund (1989) e Ibañez (1991), (citados en Ibañez, 1995), con 177 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y 85 mujeres diagnosticadas de cáncer en genitales, a las que de les pasó distintos instrumentos para evaluar su estado psíquico, se encontraron patrones comportamentales claramente diferentes en distintas áreas de su funcionamiento sexual.

Respecto al propio esquema corporal, aun cuando en todas las áreas evaluadas las mujeres con cáncer de mama

presentan más dificultades que las mujeres con cáncer en genitales, la valoración que hacen de sus problemas es distinta. Mientras que las mujeres con cáncer de genitales se consideran no sólo físicamente incompletas, sino también menos femeninas y menos valiosas, las mujeres con cáncer de mama anteponen a estos sentimientos el sentirse asimétricas y con dificultades tanto para poder llevar cualquier tipo de vestido como para verse desnudas en el espejo.

No es raro que esta percepción que tienen de si mismas les produzca distintas dificultades sexuales. Mientras que las mujeres de cáncer de mama se quejan, en primer lugar, de que su pareja no quiere tocar la zona del pecho, este problema sólo aparece en sexto lugar entre las enfermas de cáncer genital, siendo lo más importante para estas su disminución en el deseo de tener relaciones sexuales y en su capacidad de obtener placer sexual.

A pesar de ello, ambos grupos de mujeres consideran que en las relaciones de pareja su principal problema es conseguir que su pareja se encuentre bien, aunque las enfermas de cáncer de mama se quejan con más frecuencia que las de cáncer en genitales de que su pareja no las comprende.

En definitiva, aún cuando los especialistas consideran hoy en día al cáncer de mama y al de genitales como enfermedades curables si se diagnostican precozmente, ambos tipos de patología son vividas por la mujer no sólo como un atentado en contra de su integridad física, sino también

como una agresión a su vida sexual y a su propia percepción y valoración como "mujer".

Más aún, la problemática que estas mujeres presentan nos revela, una vez más, cómo influye la valoración social que se realiza de las características sexuales, no sólo sobre nuestra manera de comportarnos, sino también sobre nuestra forma de sentir.

Así, en la sociedad actual, en la que la imagen exterior de las personas, y la armonía y belleza del propio cuerpo han cobrado un valor inusitado, las mujeres operadas de cáncer de mama focalizan sus preocupaciones sobre la autopercepción de su cuerpo, ya que la apariencia física parece ser lo que les preocupa; esto se ve reforzado por el hecho de que la pareja evite tocar la cicatriz, lo que lleva, a su vez, a que les resulte difícil estar desnudas tanto ante sí mismas como ante su pareja, y por consiguiente, a una disminución de las actividades sexuales.

Un estudio que reporta un punto de vista más femenino, fue conducido por Leiber y Col (1976, citados en Bos, 1987). Ellos investigaron la comunicación de afecto entre los pacientes y sus esposos, en pacientes femeninos y masculinos con varios tipos de cáncer. Los autores encontraron que se da un decremento del 60% de las relaciones sexuales entre las pacientes femeninas y un 27% en los pacientes masculinos. Por otro lado, encontraron que

se da un incremento en el rompimiento de relaciones de pareja entre un 60% de la población femenina y un 40% en la masculina.

En cuanto a la calidad de vida de las parejas, luego de que uno de los miembros de ella ha sido diagnosticado con cáncer, se han hecho estudios como el de Fuller y Swensen (1992), que entrevistaron a 50 pacientes con cáncer (con edades entre los 38 y 79 años) y sus esposos, con el fin de evaluar la calidad de sus relaciones conyugales ahora, en comparación a como habían sido antes del diagnóstico del cáncer. La calidad marital fue evaluada por el estilo interaccional, el nivel de intimidad y las estrategias de afrontamiento de los problemas. Ellos encontraron, que la afiliación con el esposo tiene una alta correlación con la calidad de vida de los pacientes, mientras que las estrategias de afrontamiento de los problemas, tienen una alta correlación con la calidad de vida de sus esposos.

Esto demuestra sin duda, que el atravesar por una enfermedad traumática como el cáncer, y aún más por un cáncer de seno, trae consigo cambios en la manera de expresar sentimientos de afecto y de establecer relaciones íntimas, causando un desajuste psicosocial.

Igualmente, Rondon, Maury y Lima (1987), realizaron un estudio que evaluó la adaptación familiar y cónyugal de pacientes con cáncer. Para ello, estudiaron 19 pacientes con cáncer de seno y 18 con displasia. La proporción de

desórdenes psiquiátricos premórbidos fue baja en pacientes con mastectomía radical comparadas con el grupo de control, pero no hay diferencias significativas entre mujeres menopausicas y pre-menopausicas. Por otro lado, el reajuste al ambiente familiar fue negativo sólo en pacientes con psicopatologías premorbidas. La satisfacción sexual fue la misma en ambos grupos.

Otro estudio, es el de Northouse (1988), que evaluó el soporte social en pacientes y sus esposos y el nivel de ajuste al cáncer de seno. Los datos obtenidos de 50 pacientes mastectomizadas y sus esposos 3 días y 30 días después de la cirugía, evidenciaron que el ajuste social fue relativamente igual en ambos. Los pacientes y esposos que reportaron alto nivel de soporte social, reportaron pocas dificultades de ajuste tanto a los 3 días como a los 30. Los esposos percibieron bajo soporte de amigos, enfermeras y médicos.

En un estudio llevado a cabo en el Memorial Sloan-Kettering Institute for Cancer Research, con 20 pacientes con cáncer de seno, Sutherland (1967, citado en Meyerowitz, 1980), anota un punto importante: "Las características de adaptación determinan el grado de afección emocional en las pacientes". Por ejemplo, la mastectomía fue mucho más devastadora para las mujeres cuya autoestima se basa en la belleza y la apariencia, que para quienes le dan menos importancia a estos aspectos, viendo la cirugía en términos

de sacrificio de un órgano y su función.

Los estudios de las características de quienes tienen dificultad de ajuste muestran hallazgos consistentes. Muchos de los factores que están asociados con dificultades en el ajuste son: una historia de tratamiento psiquiátrico, evidencia de depresión en el transcurso del tratamiento primario, carencia de soporte social y familiar, abuso de drogas psicoactivas, y carencia de empleo. En el caso específico del cáncer de seno, tres estudios pequeños indican que existen 4 factores asociados a la incapacidad de aceptar perder el seno: depresión antes de la cirugía, un claro y fuerte temor a la mastectomía, relaciones sexuales escasas y el temor a presentarse a una nueva pareja (Morris, 1987).

Así mismo, Zemore y Shepel (1989), llevaron a cabo un estudio con el fin de probar las hipótesis del estudio de Wortman y Dunkel que argumentaban que las víctimas desafortunadas tienden a experimentar reducción del soporte social, que trae consigo que las víctimas experimenten dudas y aislamiento que incrementan su angustia. Para ello, administraron inventarios de ajuste emocional a 301 mujeres que atravesaron por una mastectomía como tratamiento por cáncer de seno, y a 100 mujeres diagnosticadas con tumores benignos de seno (sin cáncer, ni mastectomía) como grupo de control. Como se esperaba, el soporte emocional percibido correlacionó positivamente con el ajuste. Sin embargo, contrario al análisis de Wortman y Dunkel-Schetter, se

encontró que las pacientes con cáncer perciben un gran soporte emocional de sus amigos y familiares que el que percibe el grupo de control. Lo que hace concluir que estas víctimas del cáncer no están social o emocionalmente más desajustadas que las mujeres sin cáncer.

De igual forma, Maguire (1975, citado en Meyerowitz, 1980), basado en numerosas entrevistas, encontró que la pérdida de un seno, es más devastador en mujeres jóvenes que en las de mayor edad, hecho que se debe seguramente al miedo a enfrentarse a una pareja futura o actual.

Otro estudio importante fue llevado a cabo por Payne (1992), quien evaluó la calidad de vida en pacientes con cáncer que recibieron quimioterapia. Para ello, empleó 53 pacientes (31-78 años) con cáncer de seno o cáncer ovárico avanzado, estudiándolos prospectivamente durante 6 meses; evaluando si el lugar en el que se llevaba a cabo la quimioterapia y el método de la misma influía en su calidad de vida, ya que las pacientes recibían la quimioterapia en su hogar o en el hospital. La calidad de vida fue operacionalizada con la medición de ansiedad, depresión, autoestima, locus de control y ejecución física, además, a través de una entrevista semiestructurada se exploró otras áreas como roles sociales, interrelaciones y percepción del tratamiento. Se encontró que la quimioterapia administrada en el hospital fue percibida como más estresante y la quimioterapia administrada en la casa fue asociada con una

mejor calidad de vida. Las mujeres por encima de los 60 años experimentaron baja ansiedad psicológica y física, mientras que las mujeres menores de 50 años tuvieron mayor evidencia de ansiedad psicológica.

De igual forma Tope, Ahles y Silberfarb (1993), realizaron un estudio con el fin de discutir la relación de la calidad de vida y el bienestar psicológico en pacientes con cáncer, con particular referencia al rol del psiquiatra en la intervención oncológica. Discutiendo también, la prevalencia del diagnóstico psiquiátrico como una medida del bienestar psicológico, las interacciones entre factores físicos y psicológicos y el impacto de la intervención psicosomática en la calidad de vida de pacientes con cáncer. La prevalencia de desórdenes de ansiedad clínicamente significativos entre los pacientes con cáncer es aproximadamente 4% y consisten en desórdenes de pánico, fobia simple y ansiedad generalizada. Los pacientes con cáncer tienen también un alto riesgo de deterioro cognitivo.

Por otra parte, Muthny, Koch y Stump (1990), discuten la investigación de calidad de vida en pacientes de oncología y presentan un estudio de pacientes con 4 tipos de cáncer. Concluyen que los factores que afectan la calidad de vida incluyen amenazas no específicas (ej. amenazas a la vida, imagen del cuerpo, roles sociales), amenazas específicas (ej. dolor crónico, terapia aversiva) y estrés (con respecto al presente, pasado o futuro). Así

mismo, llevan a cabo una taxonomía de los instrumentos que miden calidad de vida dividiéndolos en inventarios multidimensionales, medidas globales e índices funcionales. Para demostrar algunas de las posibilidades, limitaciones y riesgos de la investigación de calidad de vida en oncología presentan ejemplos de 4 grupos de pacientes con cáncer, examinando las quejas por la enfermedad, la satisfacción con la vida y la rehabilitación vocacional. Los resultados muestran que hay relación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida.

En Colombia los estudios encontrados son muy pocos, entre ellos se pueden destacar los siguientes:

El estudio de Galindo y Torres (1983), que evalúa si un programa de preparación psicológica Pre-Quirúrgica reduce los niveles de ansiedad, y el tiempo de recuperación en pacientes con cáncer de seno, sometidas a mastectomía, en comparación con un grupo de pacientes que no recibieron la preparación psicológica. Se seleccionaron 20 pacientes en el Servicio de Oncología de la Clínica San Pedro Claver, con edades que oscilaban entre los 35 y 55 años, y puntajes altos en el IPAT. Se encontró un decremento significativo de los niveles de ansiedad y por lo tanto un mejor ajuste post-quirúrgico, y un menor tiempo de recuperación de las pacientes del grupo experimental.

Así mismo, el estudio de García, Restrepo y Vásquez (1990), quienes determinaron la influencia de las variables

edad, nivel socioeducativo, condición familiar, en el autoconcepto, de 48 mujeres mastectomizadas con edades entre los 30 y 65 años de edad, niveles socioeducativos alto, medio y bajo, casadas y solteras; comprobando que las mujeres casadas y con un nivel socioeducativo alto tienen un mejor autoconcepto, que las mujeres solteras y de un nivel socioeducativo medio y bajo; y que la edad no es un factor determinante sobre el autoconcepto.

Como se observa a través de los diferentes estudios que se han mencionado, estos se centran en aspectos tales como la sexualidad, la relación de pareja, la autoimagen, el ajuste, los estilos de afrontamiento, depresión, ansiedad, soporte social, problemas sociales y laborales, permitiendo tener una visión amplia de las dificultades a las que generalmente se enfrentan las mujeres con cáncer de seno, sometidas a mastectomía. Aún así no se evidencian trabajos exhaustivos alrededor de la calidad de vida de estas pacientes ni de programas de apoyo psicológico postquirúrgico, por lo que partimos de allí para realizar una investigación acerca de la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas que permita implementar programas de atención psicológica dirigida a esta población.

METODO

SUJETOS

72 mujeres atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología, sometidas a Mastectomía Radical Modificada, que no han tenido ningún tipo de reconstrucción mamaria y que se encontraban entre 12 y no más de 24 meses cumplidos después de la mastectomía (período en el cual se considera que han culminado con su tratamiento post-operatorio) y que participaron voluntariamente en el estudio.

MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

De acuerdo con Gaitán (1974), el Instituto Nacional de Cancerología, fundado con el nombre de Instituto Nacional de Radium, nació con motivo de la visita que hiciera a Bogotá el director del Instituto de Radium de Paris, Profesor Claudi Regaud, en noviembre de 1928.

El Instituto fue dotado con los últimos adelantos de la ciencia médica de ese entonces, como lo demuestra el hecho de haber tenido la "segunda cúpula de radium" en el mundo entero (la primera estaba en el Instituto de Radium de Paris). Todos los servicios del Instituto estaban completos, sin nada que envidiarles a los centros similares extranjeros.

Ya listo el personal médico y sus colaboradores y lista la dotación, el Presidente Olaya Herrera hizo la inauguración oficial el 20 de julio de 1934.

Las actividades docentes se intensificaron con la publicación del Boletín del Instituto Nacional de Radium, cuyo primer número salió a la circulación en agosto de 1948 y su objetivo era recoger en sus páginas el fruto de la experiencia y de la investigación de los médicos.

Otra creación de este año fue la del primer Banco de Sangre, con el cual se comenzó la aplicación de transfusiones sanguíneas bajo verdadero control científico.

El 16 de marzo de 1950 se abrió al país una nueva especialidad médica, la medicina nuclear, fue el primer tratamiento con radioisótopos.

En vista de que la Liga contra el Cáncer no había operado, a pesar de estar creada por Ley desde 1947, fue anexa a la Cruz Roja Nacional y gobernada por la junta central en la cual tenía un representante el Instituto. Esta Liga está destinada a colaborar con el Instituto en la extensión de las campañas de diagnóstico precoz y tratamiento a todo el país.

En 1952, se creó la especialidad de Fisioterapia y Rehabilitación.

El 27 de febrero de 1953, el nombre de Instituto de Radium le fue cambiado por el de Instituto Nacional de Cancerología.

El Instituto Nacional de Cancerología cumple las

siguientes funciones:

1. Asistencia médica y social. A toda persona que lo solicite, el Instituto da los servicios de diagnóstico, de tratamiento y de asistencia social, para enfermedades precancerosas y para cáncer y enfermedades afines.

2. Docencia: Enseñanza de oncología a tres niveles:

a. De pre-grado, para estudiantes de medicina, odontología, enfermería y otras profesiones;

b. De post-grado, para estudios de especialización diversas ramas de la medicina;

c. Educación continuada para médicos generales y de otras especialidades.

3. Investigación: Se hacen dos:

a. Investigación pura, básica, sobre ciencias relacionadas con la cancerología;

b. Investigación clínica aplicada sobre métodos de diagnóstico y de tratamientos de cáncer, epidemiología, etc.

4. Control del Cáncer:

a. Estudios sobre factores cancerígenos y epidemiológicos;

b. Campañas sobre prevención;

c. Educación al público sobre el cáncer;

d. Educación profesional;

e. Campañas de diagnóstico precoz;

f. Coordinación con entidades voluntarias nacionales e internacionales de lucha contra el cáncer.

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, pues sólo se cuenta con una población que se pretende describir en función de un grupo de variables y respecto de la cual no existían hipótesis (Méndez, 1984).

INSTRUMENTO

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación son:

- CUESTIONARIO DE ADAPTACION PARA ADULTOS (Anexo 1).
- CARES (Areas Psicosocial, sexual y marital) (Anexo 2).

CUESTIONARIO DE ADAPTACION PARA ADULTOS

Dado que estudios realizados anteriormente han encontrado que el número de eventos estresantes y su impacto en la vida de las pacientes antes del diagnóstico de cáncer, aparecen como factor potencial de riesgo de disturbios psicológicos, consideramos necesario evaluar el nivel de adaptación de las mujeres mastectomizadas como una variable de estudio. Para ello se utilizó el Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugh. M. Bell (1980), ya que nos permite obtener información válida acerca de lo que piensa y siente el sujeto sobre sus relaciones familiares, sobre el funcionamiento de su organismo, acerca de sus amistades o relaciones

extrafamiliares, incluyendo aquí su grado de contacto social, y también cómo él considera sus modalidades de relación con los demás; nos proporciona también información sobre cómo el individuo comprende y vive sus sentimientos y emociones y hasta qué punto es dueño o esclavo de su propia vida emocional; finalmente, el Cuestionario de Bell nos permite averiguar el grado de satisfacción que obtiene de su trabajo y de las circunstancias ambientales en que éste se realiza.

*** Características Generales:** La "forma adultos" del Cuestionario de H.M. Bell, consta de 160 ítemes y permite obtener cinco medidas distintas de adaptación personal o social:

- **Adaptación Familiar:** Los individuos que obtienen una nota elevada en esta escala tienen tendencia a estar mal adaptados a su medio familiar. Por el contrario, las notas bajas denotan una adaptación familiar satisfactoria.

- **Adaptación a la salud:** Las notas bajas indican un buen índice de salud física; las notas elevadas un mal índice de salud. Entiéndase este índice de salud en el sentido de que el sujeto haya padecido o padezca muchas o pocas enfermedades o molestias de posible origen orgánico.

- **Adaptación Social:** Los individuos con notas elevadas tienden a ser sumisos y retraídos en su forma de contactar socialmente; los individuos con notas bajas en esta escala,

son dominantes en su forma de relacionarse con los demás.

- **Adaptación Emocional:** Los individuos con notas elevadas tienden a ser inestables emocionalmente. Las personas con notas bajas tienden a ser estables emocionalmente.

- **Adaptación Profesional:** Los individuos con notas altas tienden a estar descontentos en lo que concierne a su trabajo y ambiente laboral actual. Quienes obtienen notas bajas tienden a sentirse satisfechos en lo que se refiere a su ocupación.

El cuestionario sirve para aplicarlo en adultos en situaciones de consejo psicológico o similares, siempre y cuando los presuntos problemas personales del cliente caigan en cualquiera de las categorías incluidas en el test. Sirve para ambos sexos. La alta fidelidad de cada una de las medidas permite establecer comparaciones entre unos y otros individuos. Como el cuestionario mide cinco áreas distintas, es posible localizar las dificultades de adaptación en un determinado campo.

El cuestionario está preparado para ser aplicado en forma autoadministrada. Generalmente no se necesitan más de treinta minutos para contestarlo.

* **Calificación:** El cuestionario puede corregirse en menos de cuatro minutos. Para obtener la nota correspondiente a cada uno de los cinco sectores se utilizan las claves de corrección de la prueba y se cuenta cada una de las

respuestas que estén rodeadas con un círculo y que coincidan con los orificios de las claves de corrección. Las respuestas con interrogante no puntúan.

La sección "Adaptación Profesional", se valorará solamente en personas que estén trabajando por cuenta ajena e insertas en un grupo laboral durante el periodo de tiempo en el cual se administre el cuestionario. Por esta razón, a las personas que tienen trabajos libres o independientes y también a las amas de casa, no se les valorará.

Finalmente, se suman las puntuaciones obtenidas en cada área y se realiza la interpretación de las puntuaciones de acuerdo con la tabla de normas de estandarización para la puntuación total y luego se coloca el término que corresponde para expresar en palabras la puntuación obtenida: "excelente", "buena", "normal", "no satisfactoria" o "mala", de acuerdo con ella, así:

ADAPTACION TOTAL	
PUNTUACION	INTERPRETACION
0-16	Excelente
17-30	Buena
31-58	Normal
59-71	No Satisfactoria
Más de 71	Mala

* **Fiabilidad y Validez:** En la Tabla 2 se exponen los coeficientes de fiabilidad para cada uno de los cinco sectores del cuestionario y para la nota total. Se obtuvieron mediante el método par-impar y utilizando la fórmula Spearman-Brown en el cálculo del coeficiente de correlación. La muestra estaba constituida por 84 personas entre hombres y mujeres de 23 a 28 años de edad.

Tabla 2. Coeficiente de Fiabilidad de la áreas del Cuestionario de Adaptación para Adultos

a) Adaptación Familiar-----	.91
b) Adaptación a la Salud-----	.81
c) Adaptación Social-----	.88
d) Adaptación Emocional-----	.91
e) Adaptación Profesional-----	.85
Adaptación total-----	.94

(Tomada de Bell, 1980)

El cuestionario se ha validado de dos maneras:

1. Los ítemes de cada uno de los sectores del cuestionario se seleccionaron partiendo del grado en que diferenciaban entre el 15% de individuos superior y el 15 % de individuos que quedaban en lugar inferior en una distribución de las notas obtenidas. Solamente los ítemes que diferenciaban claramente estos grupos extremos se incluyeron posteriormente en el cuestionario que adquirió entonces su forma actual.

2. El cuestionario se ha validado también aplicándolo a grupos de adultos que eran calificados como "muy bien" o "muy mal" adaptados por especialistas en consejo psicológico, estudiando así el grado de diferenciación y detección que revelaba tener el cuestionario.

* **Normalización Española:** La primera traducción se aplicó a una muestra al azar de 225 sujetos a los que se les pidió señalaran aquellos ítemes que considerasen muy ambiguos o de difícil comprensión. Dieciséis ítemes fueron calificados así por un 27% de los sujetos. Una vez modificados los ítemes y confrontada la claridad de los mismos, consultando a varios de los sujetos a los que previamente habían

aplicado el cuestionario, quedaron los ítemes redactados en su forma actual, que es la que ha servido para la normalización del test.

Una vez construido el cuestionario, se normalizó sobre una muestra partiéndose de la base de que los dos sexos estuvieran representados por el mismo número de sujetos, que la mitad de cada uno de estos grupos fuera de nivel cultural primario y la otra mitad de nivel cultural superior o elemental y de que hubiera el mismo número de sujetos en cada uno de los cinco subgrupos de edad que se estimaron adecuados.

CARES (Cancer Rehabilitation Evaluation System).

El instrumento que se utilizó como base para la evaluación del nivel de calidad de vida fue el CARES: **Cancer Rehabilitation Evaluation System.**

El CARES, es una lista comprensiva de 139 problemas que se encuentran en pacientes con cáncer, que tienen en juego su vida por la enfermedad y el tratamiento. Los pacientes ubican el problema en una escala de cinco puntos: cero representa "no del todo" (no es problema), y 4 representa "muchísimo" (problema severo). Los pacientes que indican que el problema tiene una severidad de 1 a 4 deben indicar si necesitan ayuda, encerrando en un círculo la S si es sí, y N si es no.

Los primeros 88 ítemes son completados por todos los pacientes. Los restantes 51 ítemes no se aplican a cada uno de los pacientes, ya que se refieren al tipo de tratamiento y sus efectos.

El CARES puede medir de varias formas, sin embargo, los más detallados niveles que muestra constituyen 31 subescalas con 7 misceláneas permanentes de ítemes. Las escalas más amplias son resumidas en 5: física, psicosocial, interacción médica, marital y sexual (Coscarelli y Heinrich, 1990).

- **Fundamentos Teóricos:** El instrumento se basa teóricamente en el modelo de enfrentamiento al cáncer, descrito por Goldfried y D'Zurilla, (1989, citados en Coscarelli y Heinrich, 1990), que conceptualiza el enfrentamiento en términos operacionales e involucra la interacción del individuo con su medio ambiente. El enfrentamiento es definido como la respuesta competente a una situación problemática. Este modelo tiene tres componentes: especificación del problema, enumeración de respuestas y evaluación de la respuesta.

El instrumento representa una forma tentativa de evaluar el impacto del cáncer en términos de estrés emocional, y evaluar los componentes más específicos de comportamiento afectados por el cáncer y sus tratamiento.

- **Ítemes y escalas desarrolladas:** El CARES fue desarrollado por el CIPS (Cancer Inventory of Problem Situations), la primera versión contiene 31 ítemes, y fue creado siguiendo los siguientes pasos:

- 1) Búsqueda extensiva de literatura que generara una lista de problemas.
- 2) Focalización del problema, entrevistando a 100 pacientes con diversos tipos de cáncer. El cónyuge u otras personas significativas fueron incluidas en la entrevista como una fuente adicional para conocer problemas adicionales que hubiesen quedado fuera del reporte. La lista de problemas fue ampliada en base a estas entrevistas.
- 3) Finalmente, la lista de problemas fue revisada por médicos oncólogos, enfermeras, médicos, asistentes en la unidad de oncología, un capellán, y un profesional de salud mental que trabajó con pacientes con cáncer y sus familias. La discusión con estos profesionales, generó una lista que representó el primer instrumento usado.

La técnica de análisis de factores fue usada para entender la subestructura de la primera versión, esto permitió una revisión y una reelaboración del instrumento. Esta revisión contiene 142 ítemes, 104 están contenidos en la versión preliminar y 38 fueron adicionados después del estudio inicial.

Este primer análisis permitió entender la subestructura del CARES, y dio como resultado 31 subescalas o categorías problemas, que contienen de 2 a 9 ítemes cada

una. Luego, se realizó nuevamente un análisis de factores logrando identificar 5 factores representados en los siguientes dominios (Coscarelli y Heinrich, 1990):

1. **Físico:** Los cambios y la interrupción diaria de actividad causada por la enfermedad.
2. **Psicosocial:** Consecuencias psicológicas de comunicación y relaciones con otros y su cónyuge.
3. **Interacción Médica:** Problemas de interacción y comunicación con la ayuda médica.
4. **Marital:** Problemas asociados con el significado del tipo de relación marital.
5. **Sexual:** Problemas relacionados con el interés y ejecución de la actividad sexual.

Las escalas normativas del CARES fueron creadas utilizando 1.103 pacientes de una variedad de hospitales, clínicas, centros médicos de veteranos y centros médicos privados.

- **Confiabilidad y Validez:** Dos estudios de confiabilidad del CARES, sugieren que posee una excelente confiabilidad test-retest. Investigaciones de la validez de contenido del instrumento, indican que es comprensible e incluye problemas experimentados por los pacientes con cáncer.

La validez concurrente fue evaluada con 3 muestras diferentes y con una variedad de instrumentos y todos demuestran que el CARES mide lo que se propone medir. El CARES, ha sido comparado con cinco escalas de medición, con

el objetivo de evaluar su validez concurrente. Estos instrumentos son:

1. The Symptom Checklist-90 (SCL-90)
2. The Dyadic Adjustment Scale (DAS)
3. The Karnofski Performance Status Scale (KPS)
4. Una medición global de la calidad de vida usando 10 cm de una escala visual análoga.
5. The Functional Living Index Cancer (FLIC)

Cada uno de estos estudios de correlación dan evidencia de la validez concurrente y de constructo del CARES.

- **Aceptabilidad por parte de los pacientes:** Dos estudios evaluaron el instrumento para evaluar la aceptabilidad por parte de los pacientes, luego de una entrevista, sugiriendo que ellos creen que el instrumento refleja la experiencia de los pacientes con cáncer, que es inofensivo, fácil de entender y completar, y que puede ser resuelto en un período relativamente corto de tiempo (un promedio de 20 minutos) (Coscarelli y Heinrich, 1990).

ADAPTACION DEL CARES

Luego de la traducción del instrumento, se realizó un análisis de los ítemes para agruparlos de acuerdo con las áreas que evalúa; se seleccionaron las áreas objeto de estudio: Psicosocial (61 ítemes), Sexual (9 ítemes) y Marital (18 ítemes); posteriormente se eligieron los 36

ítemes más representativos del área psicosocial, suprimiendo los demás, obteniendo, junto con la escala sexual y marital, un total de 63 ítemes. Adicionalmente, los pacientes que indican que el problema tiene una severidad de 1 a 4, deben indicar si desean ayuda.

- *Calificación:* Dado que los ítemes puntúan en una escala de 0 a 4: 0 representa "No del todo" y 4 representa "Muchísimo", se sumó la puntuación de cada uno de los ítemes, obteniendo el puntaje de cada una de las áreas objeto de estudio, al igual que el puntaje total; estos puntajes se ubicaron dentro de categorías específicas tanto para el puntaje total del Nivel de calidad de Vida, como para cada área. Las categorías son:

PUNTAJE TOTAL	CATEGORIAS
0 - 63	Muy buena
64 - 126	Buena
127 - 189	Mala
190 - 252	Muy mala

AREAS	PUNTAJE	CATEGORIAS
Psicosocial	0 - 36	Muy buena
	37 - 72	Buena
	73 - 108	Mala
	109 - 144	Muy mala

Sexual	0 - 9	Muy buena
	10 - 18	Buena
	19 - 27	Mala
	28 - 36	Muy mala
Marital	0 - 18	Muy buena
	19 - 36	Buena
	37 - 54	Mala
	55 - 72	Muy mala

Con respecto a la solicitud de ayuda, no se dará una calificación, simplemente se evaluará la frecuencia de solicitud para obtener un porcentaje.

PROCEDIMIENTO

Para el desarrollo de esta investigación se llevaron a cabo las siguientes etapas:

1. **Consecución de la muestra:** A través de la sección de Seno del Instituto Nacional de Cancerología, se consultó el libro de programación diaria de cirugía de la sección de SENO (años 93-94), con el fin de registrar el número de las historias clínicas de las pacientes sometidas a mastectomía, posteriormente se solicitó el acceso a dichas historias, para tomar datos como nombre, edad, dirección, teléfono, tipo de cirugía, fecha de la cirugía, etc; seleccionando las mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión.

2. **Establecer contacto con las pacientes:** Una vez seleccionadas las participantes en el estudio se contactaron telefónicamente con el fin de acordar una cita, para evaluarlas con los dos instrumentos. La cita fue establecida en el hogar de las pacientes para su mayor comodidad.

3. **Aplicación de los instrumentos:** Una vez entablada la cita, se dio cumplimiento a ella, llevando a cabo la aplicación, primero del CARES y luego del Cuestionario de Adaptación para Adultos. Los instrumentos fueron aplicados únicamente por las personas encargadas del estudio, ya que cuentan con los conocimientos apropiados para ello. Dichas personas se encargaron de leer cada uno de los ítemes a la paciente y de diligenciar los formatos de respuesta.

5. **Calificación del CARES:** Una vez que los instrumentos fueron aplicados, se calificó el CARES, con el fin de identificar el nivel de calidad de vida de estas mujeres y ver en que medida se ven afectadas cada una de las áreas tomadas en cuenta.

4. **Calificación del Cuestionario de Adaptación para Adultos:** Luego de ser calificado el CARES se realizó la calificación del Cuestionario de Adaptación para Adultos, con el fin de identificar el nivel de adaptación general de cada una de las pacientes.

6. **Análisis Estadístico:** Se procesaron los datos a través de la metodología empleada en la estadística descriptiva (distribución de frecuencia, promedio y porcentaje), así:

- Frecuencia de personas que se ubican en cada variable. - Promedio general del nivel de calidad de vida.
- Promedio del nivel de adaptación general.
- Análisis de frecuencia de personas ubicadas en cada categoría de cada una de las áreas objeto de estudio.
- Promedio general del nivel de calidad de vida de acuerdo con cada una de las variables.
- Puntaje Promedio de cada una de las áreas objeto de estudio en relación con cada una de las variables.
- Porcentaje general de solicitud de ayuda (en respuesta al interrogante que formula el CARES).
- Porcentaje de solicitud de ayuda en cada una de las áreas objeto de estudio.
- Porcentaje general de solicitud de ayuda en relación con cada una de las variables.
- Porcentaje de solicitud de ayuda en cada una de las áreas objeto de estudio en relación con cada una de las variables.

Además se hizo un análisis correlacional Producto Momento de Pearson (Greene, J. y D'Oliveira, M., 1982) con el fin de verificar la relación entre el nivel general de Calidad de Vida y el nivel de Adaptación General.

A sí mismo, se aplicó una T (Relacionada) intragrupo, para evaluar el nivel de significación de las diferencias entre las categorías de cada una de las variables, tanto en relación con el nivel general de Calidad de Vida como de cada una de las áreas objeto de estudio.

RESULTADOS

Como se observa en la Tabla 3, parece ser que la mayor parte de las mujeres mastectomizadas están entre los 46 y 60 años (Fig 1), son de un nivel educativo medio-bajo (Fig 3), tienen entre 1 y 5 hijos (Fig 4) y el nivel de adaptación de mayor frecuencia es normal (Fig 5). Las diferencias cuantitativas se hacen más explícitas en las Figuras 1 a 5.

En la Figura 1, se observa que la mayor parte de las mujeres evaluadas se encuentran entre los 46 y 60 años, seguida de las mujeres mayores de 60 años; mientras que se encuentran muy pocas menores de 30 años.

En la Figura 2, podemos ver que aunque la mayor parte de las mujeres son solteras, la diferencia es mínima en comparación con las casadas.

En la Figura 3, se puede observar que la mayoría de las personas evaluadas se encuentran dentro de un nivel educativo bajo, seguidas de un nivel educativo medio; siendo muy reducido el grupo de mujeres con un nivel educativo alto.

TABLA 3. FRECUENCIA DE PERSONAS UBICADAS EN CADA VARIABLE

EDAD		ESTADO CIVIL		NIVEL EDUCATIVO		No. DE HIJOS		NIVEL DE ADAPTA.	
CATEG.	TOTAL	CATEG.	TOTAL	CATEG.	TOTAL	CATEG.	TOTAL	CATEG.	TOTAL
< 30	3	Casadas	35	Alto	6	0	18	Excelente	10
30-45	12					1-2	24	Bueno	13
46-60	40	Solteras	37	Medio	25	3-5	25	Normal	27
61 o más	17					6 o más	5	No Satisfac.	9
				Bajo	41			Malo	13
TOTAL	72	TOTAL	72	TOTAL	72	TOTAL	72	TOTAL	72

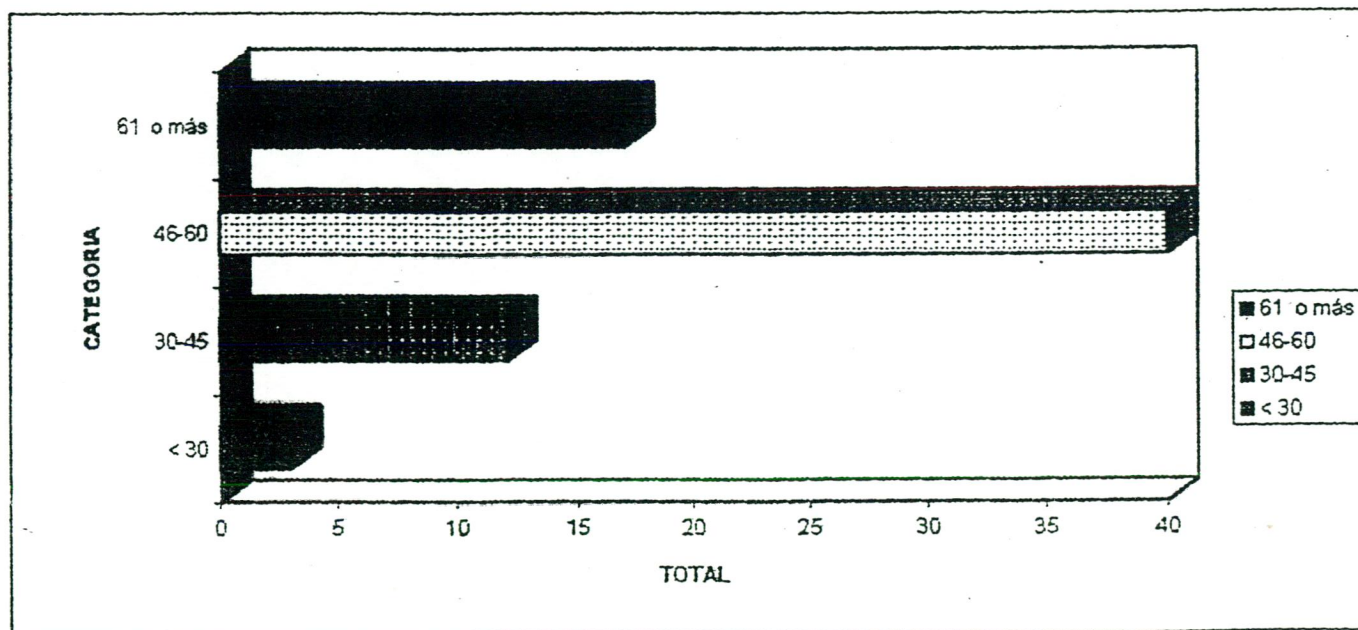


FIGURA 1. FRECUENCIA DE PERSONAS UBICADAS EN CADA CATEGORIA DE EDAD

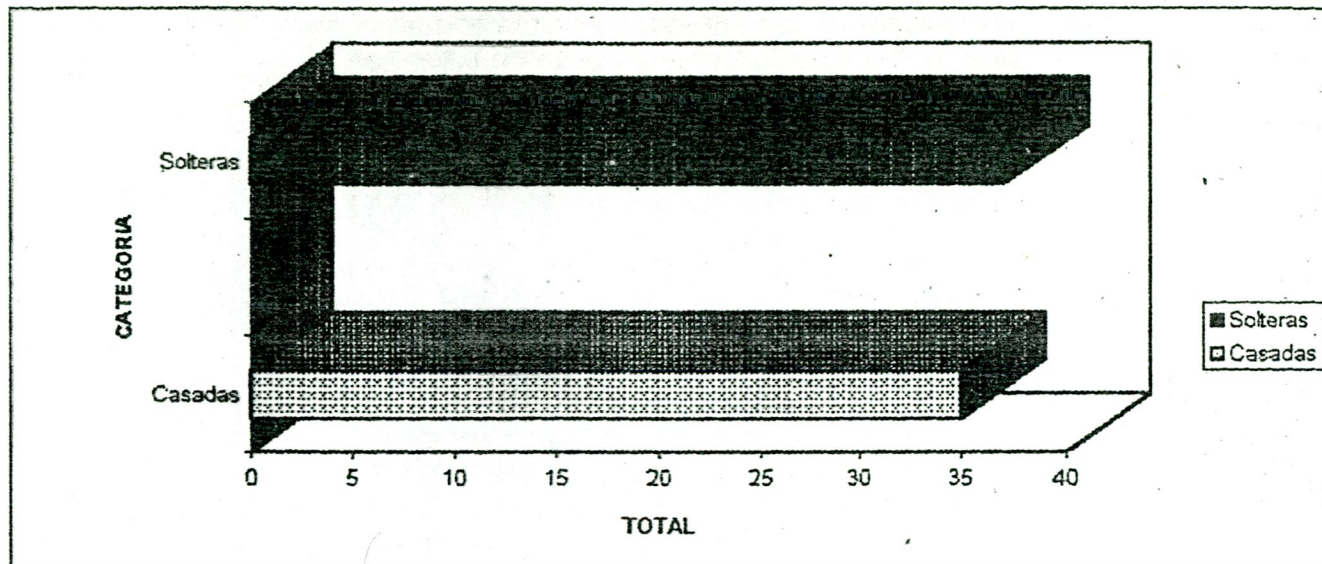


FIGURA 2. FRECUENCIA DE PERSONAS DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL

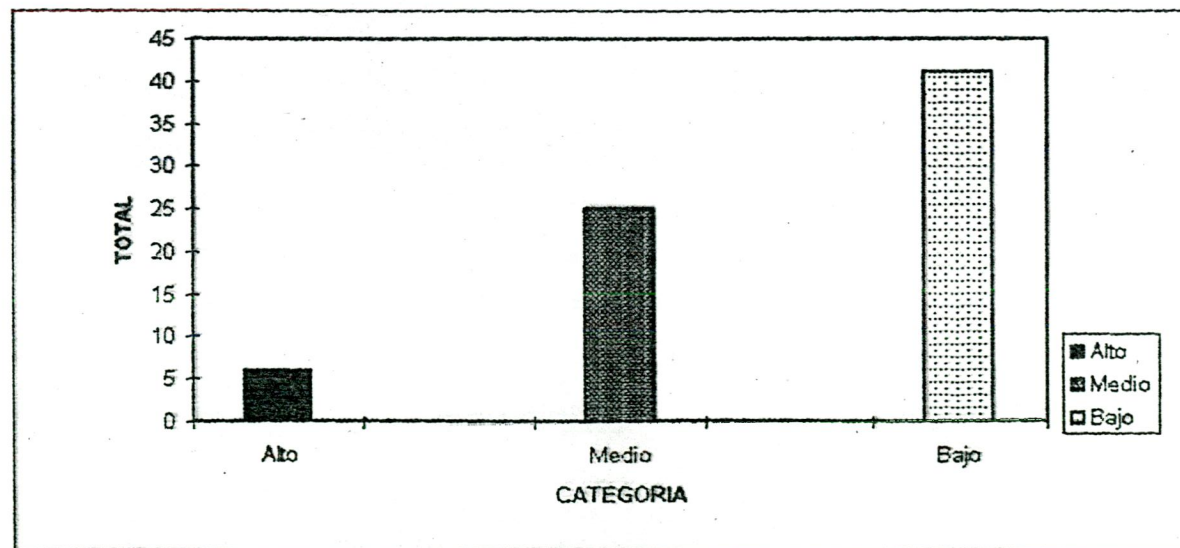


FIGURA 3. FRECUENCIA DE PERSONAS DE ACUERDO A SU NIVEL EDUCATIVO

En la Figura 4, observamos que la mayor parte de estas mujeres tienen entre 1 y 5 hijos, seguidas de las que no tienen hijos; siendo muy pocas las que tienen más de 6.

En la Figura 5, es evidente que la mayoría de las mujeres evaluadas tienen un nivel de adaptación normal, siendo pocas las mujeres con un nivel de adaptación no satisfactorio.

La Figura 6 representa la comparación entre los promedios del nivel general de Calidad de Vida y el nivel de Adaptación General. Como se observa, el nivel de Calidad de vida es "muy bueno" y el nivel de Adaptación es "normal". Además, con base en los datos obtenidos, luego de utilizar el estadístico Producto-Momento de Pearson (Greene y D'Oliveira, 1982) para establecer si existe correlación entre estos dos niveles; podemos concluir que existe una correlación positiva entre ambos ($r= 0.83$, $gl= 70$, $p= <.01$).

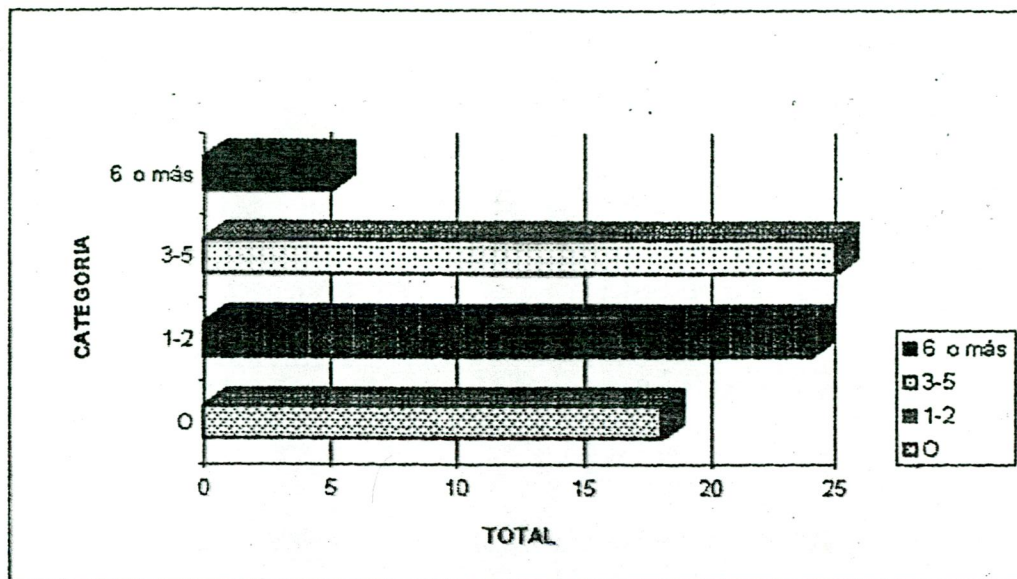


FIGURA 4. FRECUENCIA DE PERSONAS DE ACUERDO A SU NUMERO DE HIJOS

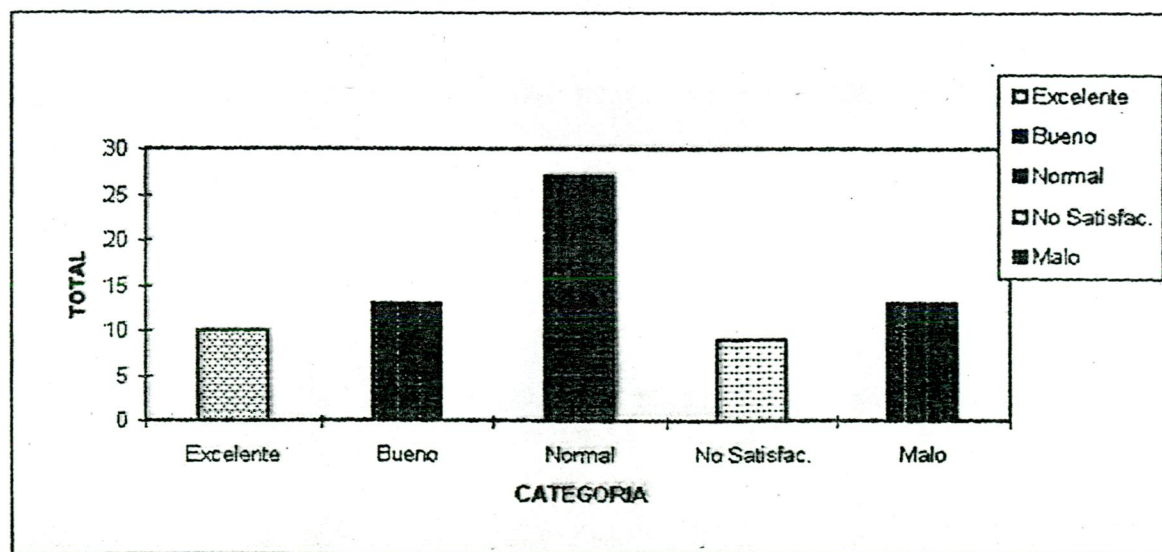


FIGURA 5. FRECUENCIA DE PERSONAS DE ACUERDO A SU NIVEL DE ADAPTACION

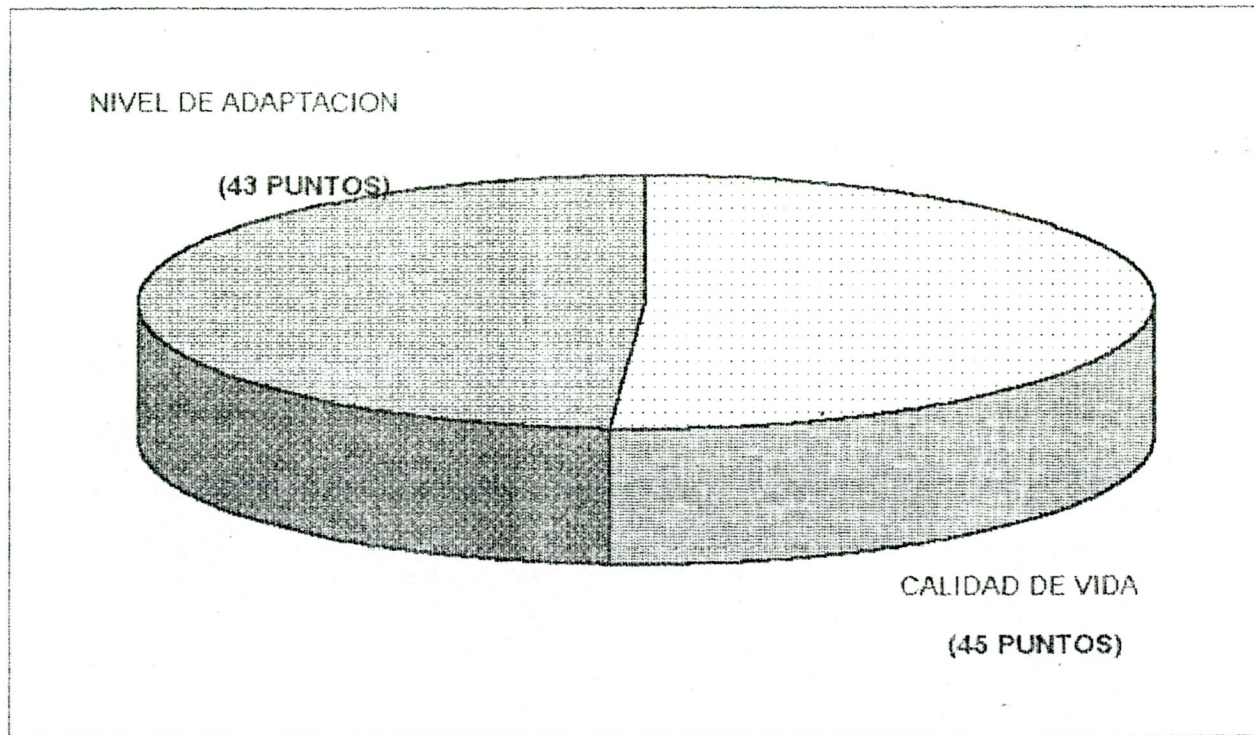


FIGURA 6. COMPARACION ENTRE LOS PROMEDIOS DEL NIVEL GENERAL DE CALIDAD DE VIDA Y EL NIVEL DE ADAPTACION GENERAL

A través de un Análisis de Frecuencia de las mujeres que se ubican en cada una de las categorías (Muy Buena, Buena, Mala y Muy Mala) de las áreas objeto de estudio, se puede observar que el área más afectada es la sexual, seguida de la psicosocial, en tanto que el área marital se ve minimamente afectada (Fig 7).

Teniendo en cuenta el promedio del nivel de Calidad de Vida en relación con cada una de las variables se observa que las mujeres más afectadas se encuentran entre los 46 y 60 años, son casadas, su nivel educativo es bajo, tienen entre 3 y 5 hijos y su nivel de adaptación es malo. Aún así, luego de utilizar el estadístico T (Relacionada) intragrupo, (Greene y D'Oliveira, 1982), con el fin de comprobar si estas diferencias eran significativas; se puede concluir que en las variables edad ($t= 1.1$, $gl= 33$, $p= >.05$), nivel educativo ($t= 0.4$, $gl= 35$, $p= >.05$), y número de hijos ($t= 1$, $gl= 34$, $p= >.05$), las diferencias no son significativas; en tanto que, para las variables estado civil ($t=3.3$, $gl= 35$, $p= <.01$) y nivel de adaptación ($t= 4.7$, $gl= 21$, $p= <.01$) sí son significativas (Tabla 4).

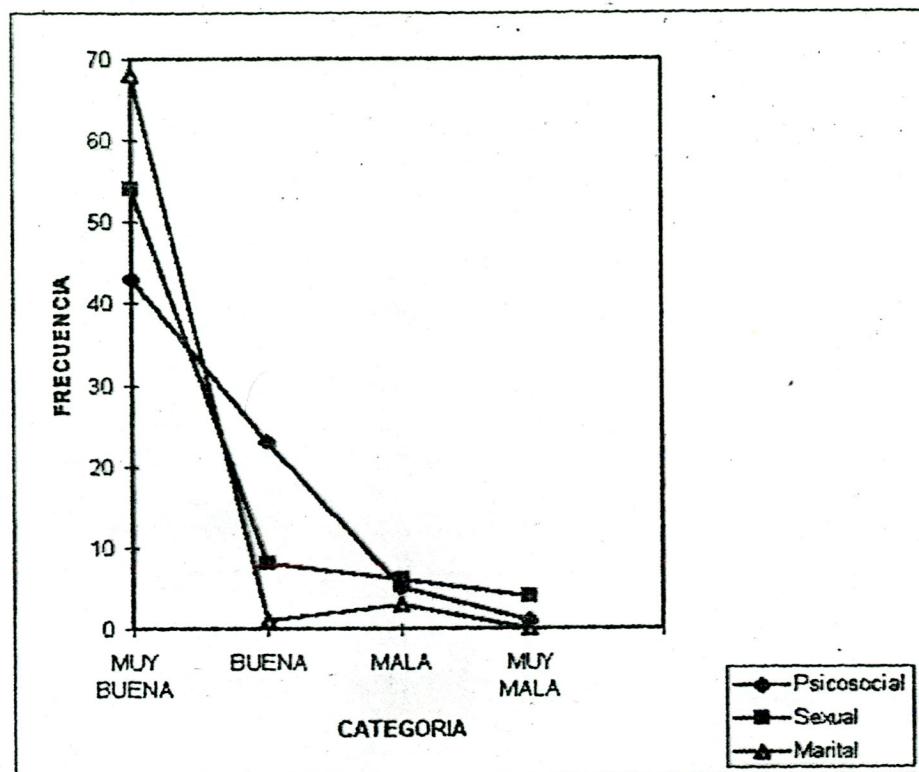


FIGURA 7. COMPARACION DE LA FRECUENCIA DE MUJERES EN CADA CATEGORIA DE LAS AREAS OBJETO DE ESTUDIO

TABLA 4. PROMEDIO GENERAL DE CALIDAD DE VIDA EN RELACION CON CADA VARIABLE

EDAD		ESTADO CIVIL		NIVEL EDUCATIVO		No. DE HIJOS		NIVEL DE ADAPTA.	
CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO
< 30	25.6	Casadas	• * 55.4	Alto	41.1	0	32.6	Excelente	18.5
30-45	34.1					1-2	41.9	Bueno	24.5
46-60	* 48.6	Solteras	35	Medio	39.2	3-5	* 53.4	Normal	39.8
61 o más	38.1					6 o más	49.8	No Satisfac.	52.3
				Bajo	* 48.9			Malo	• * 91

TABLA 5. PUNTAJE PROMEDIO EN EL AREA PSICOSOCIAL EN RELACION CON CADA UNA DE LAS VARIABLES

EDAD		ESTADO CIVIL		NIVEL EDUCATIVO		No. DE HIJOS		NIVEL DE ADAPTA.	
CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO
< 30	23.3	Casadas	* 34.8	Alto	28.5	0	29.3	Excelente	11.8
30-45	32.1					1-2	32.1	Bueno	19.4
46-60	33.1	Solteras	32.4	Medio	29.6	3-5	* 38.6	Normal	30.4
61 o más	* 34					6 o más	30.8	No Satisfac.	39.5
				Bajo	* 36.7			Malo	* 66.6

TABLA 6. PUNTAJE EN EL AREA SEXUAL EN RELACION CON CADA UNA DE LAS VARIABLES

EDAD		ESTADO CIVIL		NIVEL EDUCATIVO		No. DE HIJOS		NIVEL DE ADAPTA.	
CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO
< 30	2	Casadas	• * 10.9	Alto	* 8.6	0	1.7	Excelente	5.9
30-45	6.3					1-2	6.5	Bueno	4
46-60	• * 8.7	Solteras	3.8	Medio	5.5	3-5	7.7	Normal	5.4
61 o más	2.4					6 o más	* 10.2	No Satisfac.	7.2
				Bajo	6.6			Malo	* 11.9

De acuerdo con la Tabla 5, se observa que a nivel psicosocial las más afectadas son las mujeres casadas, las de un nivel educativo bajo, tienen entre 3 y 5 hijos y su nivel de adaptación es malo.

Para observar si las diferencias son significativas contrastamos los puntajes intragrupo, para cada variable, utilizando el estadístico T (Relacionada) (Greene y D'Oliveira, 1982); el resultado obtenido fue $t= 0.7$ ($gl= 35$, $p= >.05$) para la variable edad; $t= 1.1$ ($gl= 35$, $p= >.05$) para la variable estado civil; $t= 0.1$ ($gl= 30$, $p= >.05$) para la variable nivel educativo; $t= 0.6$ ($gl= 34$, $p= >.05$) para la variable número de hijos y $t= 1.4$ ($gl= 20$, $p= >.05$) para la variable nivel de adaptación, por lo que no hay diferencia significativa dentro de ninguna variable.

En la Tabla 6, podemos ver que las mujeres más afectadas en el área sexual son las mujeres entre los 46 y 60 años, casadas, con un nivel educativo alto, con 6 o más hijos y con un nivel de adaptación malo. Al llevar a cabo la aplicación del estadístico T (Relacionada) (Greene y D'Oliveira, 1982), intragrupo, para cada variable se obtuvieron los siguientes resultados: edad ($t= 2.4$, $gl= 32$, $p= <.01$), estado civil ($t= 3.7$, $gl= 28$, $p= <.01$), nivel educativo ($t= 1.4$, $gl= 29$, $p= >.05$), número de hijos ($t= 1$, $gl= 35$, $p= >.05$) y nivel de adaptación ($t= 1$, $gl= 20$, $p= >.05$); siendo significativas estas diferencias solo para las variables edad y estado civil.

En la Tabla 7, se observa que las mujeres casadas más afectadas en el área marital son están entre los 46 y 60 años, con un nivel educativo bajo, con 6 o más hijos y un nivel de adaptación malo.

Al llevar a cabo el estadístico T (Relacionada) (Greene y D'Oliveira, 1982); el resultado obtenido fue $t= 2.1$ ($gl= 15$, $p= <.01$) para la variable edad; $t= 1$ ($gl= 35$, $p= >.05$) para la variable nivel educativo; $t= 1.7$ ($gl= 15$, $p= >.05$) para la variable número de hijos y $t= 3.3$ ($gl= 10$, $p= <.01$) para la variable nivel de adaptación; siendo significativas estas diferencias sólo para la variable edad y nivel de adaptación.

En cuanto al porcentaje general de ayuda se observa que este es muy bajo, destacándose en el área psicosocial y siendo mínimo en las áreas sexual y marital (Ver Figuras 8 y 9).

A nivel general de solicitud de ayuda y de solicitan de ayuda en cada área en relación con cada una de las variables, se puede observar que las mujeres que más solicitan ayuda están entre 45 y 60 años, son de un nivel educativo bajo, tienen entre 3 y 5 hijos y su nivel de adaptación es malo. La única diferencia es que solicitan más ayuda psicosocial las mujeres solteras que las casadas (Ver Tablas 8, 9 ,10 y 11).

TABLA 7. PUNTAJE PROMEDIO EN EL AREA MARITAL EN RELACION CON CADA UNA DE LAS VARIABLES

EDAD		ESTADO CIVIL		NIVEL EDUCATIVO		No. DE HIJOS		NIVEL DE ADAPTA.	
CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO	CATEG.	PROMEDIO
< 30	0.3	Casadas	* 9.6	Alto	4	0	0.1	Excelente	0.2
30-45	4					1-2	5.5	Bueno	1
46-60	* 6.2	Solteras	0	Medio	4	3-5	5.8	Normal	4
61 o más	1.6					6 o más	* 8.8	No Satisfac.	5.55
				Bajo	* 5.19			Malo	* 12.53

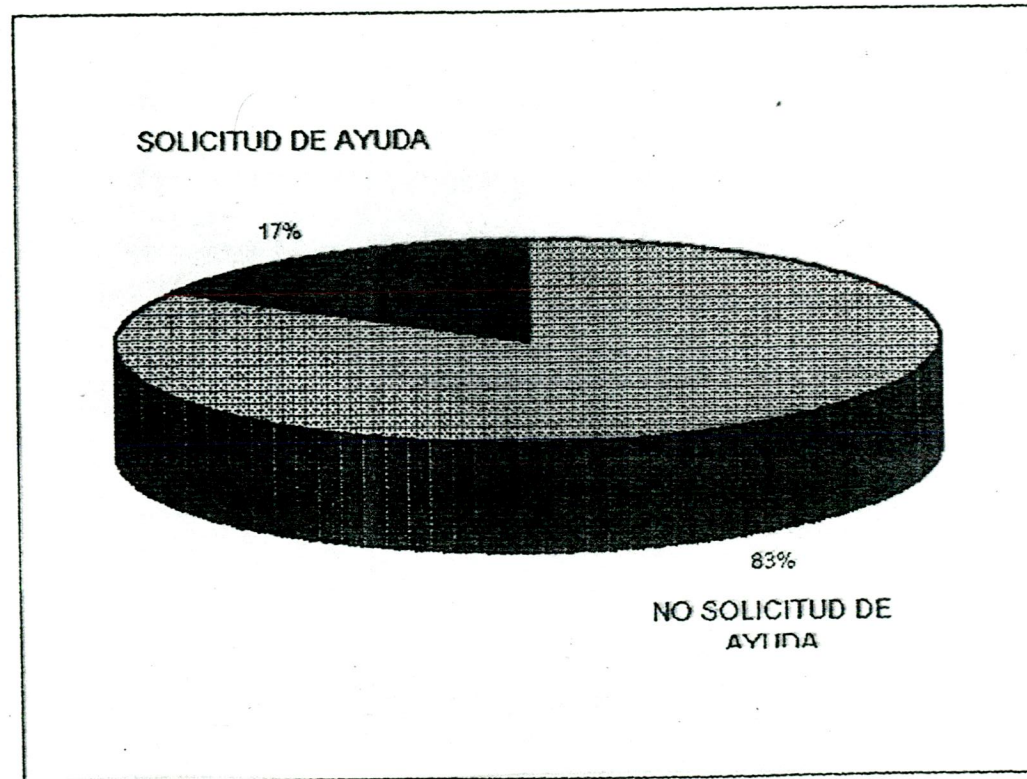


FIGURA 8. PORCENTAJE DE GENERAL DE SOLICITUD DE AYUDA

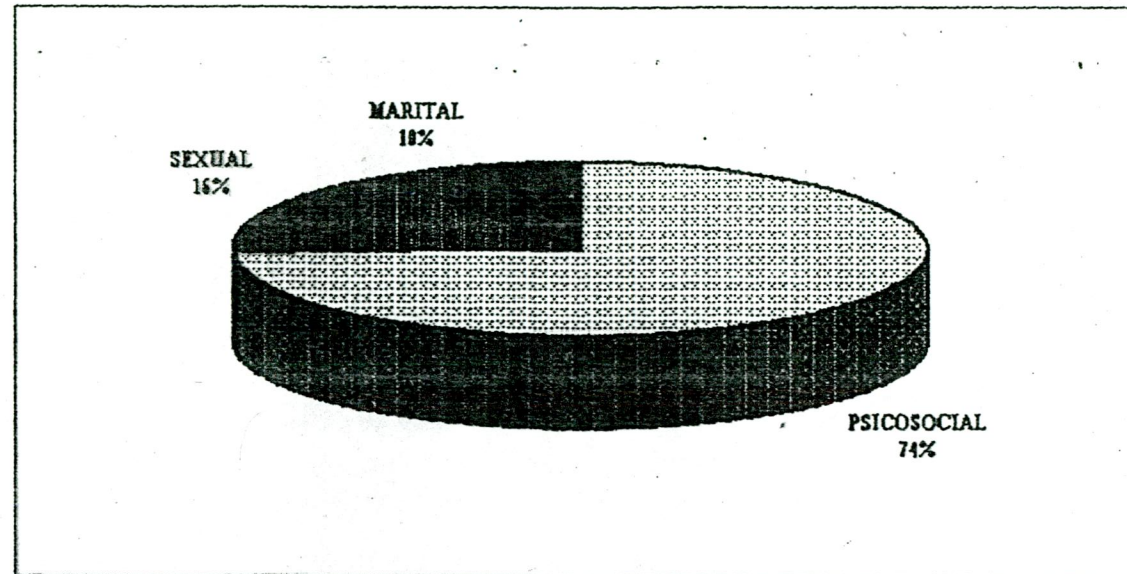


FIGURA 9. PORCENTAJE DE SOLICITUD DE AYUDA EN CADA UNA DE LAS VARIABLES

TABLA 8. PORCENTAJE GENERAL DE SOLICITUD DE AYUDA EN RELACION CON CADA UNA DE LAS VARIABLES

EDAD		ESTADO CIVIL		NIVEL EDUCATIVO		No. DE HIJOS		NIVEL DE .ADAPTA.	
CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%
< 30	2	Casadas	* 57.5	Alto	6.6	0	18.1	Excelente	5.32
30-45	16.5					1-2	31.7	Bueno	9.45
46-60	* 62	Solteras	42.4	Medio	29.4	3-5	* 41.4	Normal	34.4
61 o más	19.8					6 o más	8.78	No Satisfac.	13
				Bajo	* 63.9			Malo	* 37.5

TABLA 9. PORCENTAJE DE SOLICITUD DE AYUDA EN EL AREA PSICOSOCIAL EN RELACION CON CADA UNA DE LAS VARIABLES

EDAD		ESTADO CIVIL		NIVEL EDUCATIVO		No. DE HIJOS		NIVEL DE ADAPTA.	
CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%
< 30	2.5	Casadas	48.4	Alto	6.4	0	21.9	Excelente	5
30-45	15.5					1-2	29.9	Bueno	10
46-60	55.8	Solteras	51.3	Medio	30.1	3-5	40.5	Normal	32.4
61 o más	25.1					6 o más	7.5	No Satisfac.	14.3
				Bajo	63.3			Malo	38

TABLA 10. PORCENTAJE DE SOLICITUD DE AYUDA EN EL AREA SEXUAL EN RELACION CON CADA UNA DE LAS VARIABLES

EDAD		ESTADO CIVIL		NIVEL EDUCATIVO		No. DE HIJOS		NIVEL DE ADAPTA.	
CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%
< 30	0.8	Casadas	77.6	Alto	8.2	0	9	Excelente	5.7
30-45	15.7					1-2	30.5	Bueno	9
46-60	76	Solteras	22.3	Medio	24.7	3-5	50.4	Normal	40.4
61 o más	7.4					6 o más	9.9	No Satisfac.	11.5
				Bajo	66.9			Malo	33

TABLA 11. PORCENTAJE DE SOLICITUD DE AYUDA EN EL AREA MARITAL EN RELACION CON CADA UNA DE LAS VARIABLES

EDAD		ESTADO CIVIL		NIVEL EDUCATIVO		No. DE HIJOS		NIVEL DE ADAPTA.	
CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%	CATEG.	%
< 30	0	Casadas	100	Alto	5.4	0	4.1	Excelente	0
30-45	8.2					1-2	31.5	Bueno	0
46-60	91.7	Solteras	0	Medio	31.5	3-5	47.9	Normal	36.9
61 o más	0					6 o más	16.4	No Satisfac.	6.8
				Bajo	63			Malo	56.1

DISCUSION

En general se puede observar que existe una correlación positiva entre el nivel de calidad de vida y el nivel de adaptación. También se puede afirmar que a nivel de calidad de vida la única variable que influye significativamente es el estado civil.

Por otro lado, analizando las variables en relación con cada una de las áreas objeto de estudio, se observa que en el área psicosocial no existe ninguna variable que influya significativamente, en tanto que en el área sexual influye significativamente la edad y el estado civil; a nivel marital, influyen la edad y el nivel de adaptación.

En relación con la solicitud de ayuda, sólo el 17% de la población estudiada expresa esta necesidad, siendo mayor en el área psicosocial.

Realizando una comparación entre los resultados encontrados y los hallazgos de otros estudios, se puede decir que existe una estrecha relación, ya que se corroboraron los presupuestos planteados en dichas investigaciones, presupuestos tales como:

a. Se ve afectada la sexualidad y la relación de pareja, como lo afirman estudios tales como el de Lee y Maguire (1975, citados en Meyerowitz, 1980); Maguire (1978, citado en Meyerowitz, 1980); Wellisch, Jamison y Pasnau (1978); Leiber y Col (1976, citados en Bos, 1987), quienes

encontraron que las mujeres mastectomizadas presentan un incremento en la incidencia de desacuerdos maritales, problemas sexuales y decremento en las actividades sociales. Así mismo, que el atravesar por una enfermedad como el cáncer de seno y aún más por una mastectomía, trae consigo cambios en la manera de expresar sentimientos y de establecer relaciones íntimas, causando desajuste psicosocial.

b. Se demuestra la importancia que estas mujeres dan al apoyo social para una mejor adaptación a su nueva condición, como se puede corroborar en los estudios de Northouse (1988) y Zemore y Shepel (1989), quienes afirman que el soporte social está relacionado con el nivel de ajuste, ya que las mujeres mastectomizadas que experimentan reducción del soporte social, tienden a experimentar dudas y aislamiento incrementando su angustia emocional.

c. Las mujeres jóvenes son las más afectadas, (aunque en este estudio no se evidencia claramente ya que la mayoría de las mujeres que conforman el grupo se encuentran entre los 46 y 60 años), como lo afirma el estudio de Maguire (1975, citado en Meyerowitz, 1980), quien encontró que la pérdida de un seno es más devastadora en mujeres jóvenes que en las de mayor edad, hecho que se debe seguramente al miedo a enfrentarse a una pareja futura o actual.

d. Es evidente que el nivel de adaptación influye en el ajuste de estas mujeres a la mastectomía, ya que como lo afirma Royak (1991), los estilos de afrontamiento y la ansiedad son factores que influyen en el pronóstico de una mejor calidad de vida. Así mismo, el estudio de Maunsell, Brisson y Deschenes (1992), quienes encontraron que el número de eventos estresantes en la vida y la historia de depresión son fuertes indicadores del riesgo de angustia psicológica y pueden ser útiles para identificar pacientes con cáncer de seno que necesitan soporte psicológico más intenso.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede concluir:

1. La adaptación influye de una manera positiva en la calidad de vida, esto debido a que una mujer que se adapta y afronta las situaciones con mayor facilidad, indudablemente tendrá menos dificultad en su vida cotidiana.

2. El estado civil influye en la calidad de vida, ya que las mujeres casadas además de que deben superar los problemas físicos y psicológicos que todas enfrentan, deben sobrellevar un cambio en sus relaciones de pareja y a nivel sexual.

3. La edad y el estado civil influyen en el área sexual, ya que a mayor edad estas mujeres sufren cambios físicos y psicológicos que deben afrontar, además de los trastornos causados por el cáncer y la mastectomía. Igualmente, son las mujeres casadas quienes al tener una pareja estable, tienen una vida sexual mucho más activa y por lo tanto afectada.

4. La edad y el nivel de adaptación influyen en el área marital, ya que a mayor edad las mujeres se enfrentan al miedo a la soledad y requieren un mayor apoyo y estabilidad con su pareja, para poder afrontar los problemas que trae consigo la enfermedad y la vida cotidiana.

5. La solicitud de ayuda de las mujeres mastectomizadas es muy baja, debido a que muchas de ellas se niegan a aceptar que tienen un problema y que requieren de un apoyo psicológico para aprender estrategias que les permitan solucionarlo.

6. El nivel de Calidad de Vida de las mujeres entre 1 y 2 años después de haber sido mastectomizadas es muy bueno, esto puede deberse a que ya han terminado su tratamiento post-operatorio y han tenido un lapso de tiempo de adaptación a la situación.

7. El apoyo psicosocial es de vital importancia para que estas mujeres se adapten con mayor facilidad y su Calidad de Vida no se vea tan deteriorada.

8. La percepción que la persona tenga de su cuerpo, su filosofía de la vida, su estilo de afrontamiento y su personalidad, hacen que la mujer asuma de una manera buena o mala la situación a la que se enfrenta.

9. Aunque la sexualidad se ve bastante afectada, estas mujeres restan importancia a este aspecto, centrandose más en la relación de pareja y principalmente a nivel de: distanciamiento de su cónyuge, falta de comunicación, apoyo recibido, falta de consideración, etc.

10. El nivel educativo influye de una manera positiva en el nivel de Calidad de Vida, ya que entre mayor sea este, las mujeres tienen una visión más práctica hacia los problemas, tratando de darles solución antes que enfrascarse en ellos sin buscar alternativas y sin rodearse de tantos tabúes y creencias erróneas.

11. Una intervención psicológica oportuna debe hacerse antes y pocos meses después de que las mujeres son sometidas a la mastectomía, pues como ellas mismas lo sugieren, es en esta etapa donde necesitan con urgencia de este apoyo.

12. Muchas de estas mujeres expresan la necesidad de que se les brinde mayor información, tanto a ellas como a su familia, en aspectos tales como el cáncer, los procedimientos quirúrgicos y los tratamientos coadyuvantes, con el fin de enterarse de lo que les va a suceder y las consecuencias que esto les traerá.

13. Seria favorable programar reuniones de grupo de apoyo donde estas mujeres puedan compartir sus experiencias y sentirse escuchadas por otras personas que vivencian su misma problemática; igualmente, implementar sesiones de terapia ocupacional donde ellas aprendan a ocupar su tiempo libre en actividades productivas y/o recreacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AARONSON, N. Y BECKMAN, J. (1987) **The Quality of life of Cancer Patients.** New York: Raven Press.

AARONSON, N. (1990) Quality of life research in Cancer Clinical Trials: A need for common rules and language. **Oncology.** Vol 4 (5), p.p. 59-70.

BELL, H.M. (1980) **Cuestionario de Adaptación para Adultos: Manual.** Barcelona: Herder.

BOS, G. (1987) Sexuality of Gynecologic Cancer Patients: Influence of tradicional role patterns. En: Aaronson, N.K. y Beckman, J. **The Quality of Life of Cancer Patients.** New York: Raven Press. p.p. 207-213

COSCARELLI, A. Y HEINRICH, R. (1990) Development of a Comprehensive Quality of Life Measurement Tool: CARES. **Oncology.** Vol 4 (5), p.p. 135-138.

- DEADMAN, J., DEWEY, M., OWENS, R., LEINSTER, S. et al
(1989) Threat and loss in breast cancer.
Psychological Medicine. Vol 19 (3), p.p.
677-681.
- DONKER, F. (1991) Medicina Conductual y Psicología de la
Salud. En: Caballo, V. y Gualberto, B.
(Comps). **Manual de Psicología Clínica
Aplicada.** Madrid: Siglo Veintiuno. p.p. 3-
14.
- FLOREZ, L. (1991) La Psicología de la Salud y sus
relaciones con la Medicina Conductual.
Revista de Psicología. Vol. 26, p.p. 13-30.
- FOLLOWFIELD, L. (1990) **The Quality of Life: The Missing
measurement in health Care.** New York: Raven
Press.
- FRANK, J. (1988) Aspectos psicológicos y comportamentales
de la enfermedad y del tratamiento. **Revista
Latinoamericana de Psicología.** Vol. 20 (1),
p.p. 45- 54.

FULLER, S. Y SWENSEN, C. (1992) Marital quality of life among cancer patients and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*. Vol 10 (3), p.p. 41-56.

GAITAN YANGUAS, M. (1974) Breve Historia del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá. *Boletín del Instituto Nacional de Cancerología*. Vol. 2 (6), p.p. 11-37

GALINDO, M. Y TORRES, S. (1983) Efectos de un programa de preparación psicológica pre-quirúrgica sobre los niveles de ansiedad y el tiempo de recuperación en pacientes sometidas a mastectomía. Tesis de grado. Bogotá: Universidad Católica. Facultad de Psicología.

GARCIA, L., RESTREPO, J. Y VASQUEZ, E. (1990) Influencia relativa de variables socio-educativas y familiares en el auto-concepto en mujeres mastectomizadas. Tesis de Grado. Bogotá: Universidad de la Sabana. Facultad de Psicología.

GOLDSTEIN, D. , ANTONI, M. (1989) The Distribution of repressive coping styles among non-metastatic and metastatic breast cancer patients as compared to non cancer patients. *Psychology and Health*. Nov. Vol 3 (4), p.p. 245-258.

GOTTSCHALK, L. Y HOIGAARD, J. (1986) The emotional impact of mastectomy. *Psychiatry Research*. Feb. Vol 17 (2), p.p. 153-167.

GRASSI, L. Y MOLINARI, S. (1988) Pattern of emotional control and psychological reactions to breast cancer: A preliminary report. *Psychological Reports*. Jun. Vol 62 (3), p.p. 727-732.

GREENE, J. Y D'OLIVEIRA, M. (1984) *Pruebas Estadísticas para Psicología y Ciencias Sociales*. Bogotá: Norma.

GYLLENSKOLD, K. (1990) Psicología de la Amputación de la Mama. En: Strombeck, J. y Rosato, F. *Cirugía de la Mama: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mama*. Barcelona: Salvat. p.p. 177-181.

- HARRIS, J. (1979) **The Breast Cancer Digest**. Maryland:
National Cancer Institute.
- HERSCH, S. (1984) Aspectos Psicológicos de los pacientes
con Cáncer. En: De Vita, V.Jr., Hellman, S.
y Rosenberg, S. **Cáncer: Principios y
prácticas de Oncología**. Barcelona: Salvat
Vol. 2. p.p. 247-258.
- HUGHSON, A., COOPER, A. MC ARDLE, C. Y SMITH, D. (1988)
Psychosocial consequences of mastectomy:
Leves of morbity and associated factors.
Journal of Psychosomatic Research. Vol 32
(4-5), p.p. 383-391.
- IBANEZ, E. (1995) Frente al Espejo. El TIEMPO "Libro de la
Sexualidad". Fasciculo 11. Oct. 24
- INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA (1995) Reporte de
Estadística, Epidemiología.
- LEIS, H. (1990) Epidemiología en el cáncer de mama. En:
Strombeck, J. y Rosato, F. **Cirugía de la
Mama: Diagnóstico y tratamiento de las
enfermedades de la mama**. Barcelona: Salvat.
p.p. 102-107.

- MARGOLIS, G., GOODMAN, R., Y RUBIN, A. (1990)
Psychological effects of breast-conserving
cancer treatment and mastectomy.
Psychosomatics. Vol 31 (1), p.p. 33-39.
- MAUNSELL, E. BRISSON, J. Y DESCHENES, L. (1992)
Psychological Distress After Initial
Treatment of Breast Cancer. **Cancer**. Jul.
Vol 70 (1), p.p. 120- 125.
- MENDEZ, A. (1984) **Protocolo de Investigación**. México:
Trillas.
- MEYEROWITZ, B. (1980) Psychosocial Correlates of Breast
Cancer and its treatments. **Psychological
Bulletin**. Vol 87. (1), p.p. 108-131.
- MEYEROWITZ, B. (1983) Postmastectomy coping strategies and
quality of life. **Health Psychology**. Sep. Vol
2 (2), p.p. 117-132.
- MORRIS, T. (1987) Silent Sadness of the Cured Breast
Cancer Patient. En: Aaronson, N. y Beckman,
J. **The Quality of Life of Cancer Patients**.
New York: Raven Press. p.p. 201-206.

MUTHNY, F., KOCH, U. Y STUMP, S. (1990) Quality of life in oncology patients. Special Issue: Quality of life in medically ill: A psychosomatic approach. **Psychotherapy and Psychosomatics**. Vol 54 (2-3), p.p. 145-160.

NORTHOUSE, L. (1988) Social Support in patients and husbands adjustment to breast cancer. **Nursing Research**. Marz. Apr. Vol 37 (2), p.p. 91-95.

PAYNE, S. (1992) A study of quality of life in cancer patients receiving palliative chemotherapy. **Social Science and Medicine**. Dec. Vol. 35 (12), p.p. 1505- 1509.

RONDON, J., MAURY, E. Y LIMA, E. (1987) Adaptación Familiar y Cónyugal de pacientes con cáncer de mama. **Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana**. Ap. Jun. Vol 28 (2), p.p. 289-295.

ROYAK, R. (1991) Psychological process in breast cancer: A review of selected research. **Journal of Psychosocial Oncology**. Vol 9 (4), p.p. 71-89.

SARPE, EDS. (1984) **Gran Enciclopedia Médica Sarpe.**

Madrid: Sarpe.

SHERMAN, C.D. Jr. (1992) Aspectos Psicosociales del
cáncer. En: Hossfeld, D., Love, R., Bosch,
F. y Sherman, C. **International Union Against
Cancer.** Barcelona: DOYMA. p.p. 170-177.

SHERMAN, C.D. Y HOSSFELD, D.K. (1992) Cáncer de Mama. En:
Hossfeld, D.K., Love R., Bosch, K., y
Sherman, C. **International Union Against
Cancer.** Barcelona: DOYMA, p.p. 271-291.

STRAIN, J. (1990) The Evolution of Quality of Life
Evaluations in Cancer Therapy. **Oncology.**
Vol 4 (5), p.p. 22-26.

TEJERINA, F. (1986) **Tratamiento del Cáncer de Mama.**
Barcelona: Salvat.

TOPE, D., AHLES, T. Y SILBERFARB, P. (1993) Psycho-
oncology: Psychological well-being as one
component of quality of life. **Psychotherapy
and Psychosomatics.** Vol 60 (3-4), p.p. 129-
127.

WAGNER, F. (1993) Historia de la enfermedad mamaria y su tratamiento. En: Bland y Copeland. **La Mama: Manejo Interdisciplinario de las enfermedades benignas y malignas.** Buenos Aires: Médica Panamericana. p.p. 25-44.

ZEMORE, R., RINHOLM, J., SHEPEL, L., Y RICHARDS, M.
(1989) Some Social and emotional consequences of breast cancer and mastectomy: A content analysis of 87 interviews. **Journal of Psychosocial Oncology.** Vol 7 (4), p.p. 33-45.

ZEMORE, R. Y SHEPEL, L. (1989) Effects of Breast Cancer and Mastectomy on Emotional Support and Adjustment. **Social Science Medicine.** Vol 28, p.p. 19-27.

A N E X O S

CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN PARA ADULTOS

"The adjustment inventory,"

Por HUGH M. LELL

Adaptación y normalización española: ENRIQUE CERDÁ

Con el permiso de Stanford University Press, Stanford, California. Copyright 1937 by the Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University. All rights reserved

Nombre y apellidos Edad

Profesión Estudios realizados

..... Fecha de hoy

I N S T R U C C I O N E S

A continuación encontrará Ud. una serie de preguntas.

Conteste con tanta claridad, sinceridad y franqueza como le sea posible.

No hay respuestas buenas ni malas.

Indique su respuesta a cada pregunta haciendo un círculo alrededor de «SÍ», «NO», o «?» según sea su respuesta.

Le advertimos a Ud. que debe de responder, siempre que le sea posible, «SÍ» o «NO», y que únicamente debe rodear con un círculo la interrogación, en aquellos casos en que esté completamente seguro de no poder responder «SÍ» o «NO». No hay límite de tiempo, pero procure contestar al cuestionario tan rápidamente como le sea posible.

A rellenar por el examinador:

SECTORES	PUNTUACIONES	DESCRIPCIÓN	INTERPRETACIÓN DE LAS PUNTUACIONES
a			
b			
c			
d			
e			
T			

Forma de administración Administrado por

..... Evaluado por

- 1a SI NO ? El lugar donde Ud. vive actualmente, ¿le impide de alguna forma llevar la vida social a la que Ud. aspira?
- 2d SI NO ? ¿Tiene altibajos en su humor sin una razón aparente?
- 3b SI NO ? ¿Ha padecido Ud. en varias ocasiones ciertas enfermedades de la piel, tales como granos o forúnculos?
- 4c SI NO ? ¿Se siente Ud. intimidado o cohibido al solicitar un trabajo?
- 5e SI NO ? ¿Se siente a veces inquieto o nervioso en su empleo actual?
- 6b SI NO ? ¿Ha padecido Ud. alguna vez enfermedades del corazón, de los pulmones o de los riñones?
- 7a SI NO ? ¿Cree Ud. que puede desarrollar suficientemente su personalidad en su actual ambiente familiar?
- 8c SI NO ? ¿Le gusta tomar parte en las reuniones y fiestas muy animadas?
- 9e SI NO ? ¿Cree que ha elegido mal su profesión?
- 10a SI NO ? ¿Alguna vez se ha asustado Ud. mucho por algo que de antemano sabía ya que era inofensivo? (Por ejemplo, un ratón, una sombra, etc.)
- 11a SI NO ? ¿Hay alguien en su familia que sea muy nervioso?
- 12e SI NO ? ¿Su trabajo actual le permite tener vacaciones anuales?
- 13b SI NO ? ¿Ha padecido Ud. de anemia? (falta de glóbulos rojos).
- 14d SI NO ? Tras haber sufrido una situación humillante, ¿se queda Ud. muy preocupado durante mucho tiempo?
- 15c SI NO ? ¿Le resulta difícil entablar conversación con una persona desconocida?
- 16a SI NO ? ¿Ha estado Ud. en desacuerdo con sus padres, al elegir su profesión?
- 17c SI NO ? ¿Se emociona Ud. muchísimo cuando, por ejemplo, en una reunión se le invita a tomar la palabra sin que haya tenido tiempo para prepararse?
- 18d SI NO ? ¿Alguna vez es molestado Ud. por un pensamiento sin importancia que le obsesiona, sin poder desembarazarse de él?
- 19b SI NO ? ¿Se contagia fácilmente de los resfriados de otras personas?
- 20e SI NO ? ¿Cree Ud. que se verá obligado a intrigar para conseguir un aumento o un anticipo del sueldo en su actual empleo?
- 21c SI NO ? En la vida social, por ejemplo, en una reunión de personas, ¿permanece Ud. en un segundo plano?
- 22a SI NO ? ¿Ha llegado a tener discusiones desagradables con alguno de sus familiares motivadas por cuestiones religiosas, políticas o sexuales?
- 23d SI NO ? ¿Se aturde o trastorna con facilidad?
- 24b SI NO ? ¿Cree que es necesario cuidar minuciosamente su salud?
- 25a SI NO ? ¿Se ha roto o separado algún matrimonio entre sus parientes más cercanos?
- 26c SI NO ? ¿Su jefe o superior se comporta con Ud. siempre correctamente?
- 27b SI NO ? ¿Se sienta frecuentemente a la mesa sin verdadero apetito?
- 28d SI NO ? ¿Se encuentra frecuentemente excitado?
- 29c SI NO ? ¿Se inquieta cuando tiene que despedirse de un grupo de personas?
- 30e SI NO ? ¿Cree que trabaja demasiadas horas en su actual empleo?
- 31a SI NO ? ¿Alguien de su casa le ha molestado con críticas sobre su aspecto exterior? (Diciéndole que era feo, cursi, ridículo, etc.)
- 32c SI NO ? ¿Prefiere rodearse de un pequeño número de amigos íntimos mejor que de gran cantidad de simples conocidos?
- 33b SI NO ? ¿Ha tenido alguna enfermedad de la que aún no está completamente restablecido?
- 34d SI NO ? ¿Le afectan mucho las críticas o censuras que le hacen?
- 35a SI NO ? Entre sus familiares, ¿se encuentra con el bienestar y la felicidad que apetece?
- 36e SI NO ? ¿Desca otro empleo, en lugar del actual?
- 37c SI NO ? Fuera de su ambiente habitual, ¿es Ud. objeto de una atención favorable? (Es decir, si le acogen con amabilidad, simpatía, etc.)
- 38b SI NO ? ¿Padece Ud. frecuentemente de dolores de cabeza punzantes? (como si le pincharan).
- 39d SI NO ? ¿Le molesta pensar que la gente le observa por la calle?
- 40a SI NO ? ¿Tiene la impresión de que falta amor y afecto en su hogar?
- 41e SI NO ? ¿Le resulta difícil conocer cuál es su posición respecto a su jefe o superior?
- 42b SI NO ? ¿Padece de sinusitis o de alguna obstrucción de las vías respiratorias?
- 43a SI NO ? La idea de que la gente pueda leer sus pensamientos, ¿llega a preocuparle o inquietarle?
- 44c SI NO ? ¿Hace Ud. amistades con facilidad?
- 45e SI NO ? ¿Cree que su actual jefe o superior le tiene antipatía o desprecia?
- 46a SI NO ? Las personas que le rodean, ¿le comprenden y sienten simpatía hacia Ud.?
- 47d SI NO ? ¿Sueña Ud. despierto con frecuencia? (Es decir, si deja Ud. correr su fantasía).
- 48b SI NO ? Alguna de sus enfermedades, ¿le ha quebrantado definitivamente la salud?
- 49e SI NO ? ¿Trabaja, en su empleo actual, al lado de ciertas personas que le desagradan?
- 50c SI NO ? ¿Duda o vacila al entrar en una habitación en la que hay varias personas hablando?
- 51a SI NO ? ¿Cree que sus amigos disfrutan de un ambiente familiar más feliz que el suyo?
- 52c SI NO ? ¿Vacila al tomar la palabra, en una reunión, por miedo de decir una incorrección, de «hacer una plancha», de «meter la pata»?
- 53b SI NO ? ¿Se le curan los resfriados con dificultad?
- 54d SI NO ? ¿A menudo, le dan las ideas tantas vueltas por la cabeza, que le impiden dormir normalmente?
- 55a SI NO ? ¿Hay alguien con quien actualmente convive que se enfada con facilidad con Ud.?
- 56e SI NO ? ¿Gana lo suficiente, en su actual empleo, para atender a los que dependen de Ud.?
- 57b SI NO ? Su presión arterial, ¿es demasiado alta o demasiado baja? (Si no lo sabe, rodee el «?»).

- 58d SI NO ? ¿Se atormenta Ud. pensando en posibles desgracias?
- 59c SI NO ? Si llega con retraso a una conferencia, reunión, asamblea, etc., ¿prefiere irse o permanecer de pie, antes que ir a sentarse en las primeras filas?
- 60e SI NO ? Su actual jefe o superior, ¿es una persona en la que siempre podrá Ud. tener confianza?
- 61b SI NO ? ¿Es Ud. propenso a padecer asma?
- 62a SI NO ? ¿Se compenetran y viven en buena armonía las personas que forman su hogar actual?
- 63c SI NO ? En una recepción, fiesta o banquete, ¿trata Ud. de relacionarse con el invitado de honor?
- 64e SI NO ? ¿Cree que su jefe o superior le da un salario justo?
- 65d SI NO ? ¿Se da por ofendido fácilmente?
- 66b SI NO ? ¿Padece Ud. mucho de estreñimiento?
- 67a SI NO ? ¿Odia a alguna persona de las que conviven con Ud.?
- 68c SI NO ? ¿Alguna vez es Ud. el animador de una fiesta, recepción o reunión?
- 69e SI NO ? ¿Se compenetra Ud. con todos o la mayor parte de sus actuales compañeros de trabajo?
- 70d SI NO ? ¿Ha quedado preocupado, alguna vez, por la idea de que las cosas se le presentan como irreales? (Es decir, como si no estuviera seguro de que lo que ve, oye o vive fuera real.) (Si no entiende la pregunta, es que no le sucede esto.)
- 71a SI NO ? ¿Alguna vez, tiene Ud. sentimientos contradictorios (de amor y de odio) hacia alguien de su propia familia?
- 72c SI NO ? ¿Se encuentra intimidado en presencia de personas que admira mucho, pero a las que no conoce demasiado?
- 73b SI NO ? ¿Es Ud. propenso a tener náuseas, vómitos o diarreas?
- 74d SI NO ? ¿Se ruboriza Ud. con facilidad?
- 75a SI NO ? El comportamiento de las personas con las cuales vive, ¿le ha provocado a menudo pesimismo y depresión? (Depresión quiere decir tristeza.)
- 76e SI NO ? ¿Ha cambiado frecuentemente de empleo en estos últimos cinco años?
- 77c SI NO ? ¿Ha cambiado a veces de acera para evitar el encuentro con alguna persona conocida?
- 78b SI NO ? ¿Padece Ud. frecuentemente amigdalitis u otras enfermedades de la garganta?
- 79d SI NO ? ¿Se siente Ud. con frecuencia intimidado o cohibido a causa de su aspecto exterior? (Es decir, considera que su físico no es agraciado, o bien su vestuario demasiado pobre o anticuado.)
- 80e SI NO ? ¿Le fatiga mucho su actual trabajo?
- 81a SI NO ? En su hogar, ¿hay frecuentemente discusiones o desavenencias?
- 82d SI NO ? ¿Se considera Ud. más bien como una persona nerviosa?
- 83c SI NO ? ¿Le gusta ir a bailar?
- 84b SI NO ? ¿Tiene Ud. indigestiones frecuentemente?

- 85a SI NO ? ¿Sus padres criticaban frecuentemente la conducta de Ud., mientras vivió con ellos? (O la critican, si es que vive con ellos actualmente.)
- 86e SI NO ? ¿Cree Ud. que en su actual ocupación cuenta con ocasiones suficientes para expresar sus propias ideas, su forma de considerar las cosas?
- 87c SI NO ? ¿Le resulta difícil o cree que le resultaría difícil hablar en público?
- 88b SI NO ? ¿Se encuentra Ud. fatigado, la mayor parte del tiempo?
- 89e SI NO ? Su actual salario, ¿es tan reducido que teme no sea suficiente para cubrir todos sus gastos?
- 90d SI NO ? ¿Vive preocupado a consecuencia de sus sentimientos de inferioridad?
- 91a SI NO ? ¿Le irritan, le sacan de quicio las costumbres de ciertas personas con las que convive?
- 92d SI NO ? ¿Se encuentra Ud. muy deprimido? (Deprimido quiere decir triste.)
- 93b SI NO ? ¿Ha tenido que recurrir con frecuencia a la asistencia médica?
- 94c SI NO ? ¿Ha tenido Ud. frecuentemente ocasiones de ser presentado a otras personas o de introducirse en otros grupos de gentes?
- 95e SI NO ? ¿Ha podido obtener el ascenso que necesitaba en su actual empleo?
- 96a SI NO ? En su familia, ¿hay alguien que intente dominarle?
- 97b SI NO ? Al despertarse, ¿se encuentra frecuentemente como cansado?
- 98e SI NO ? Entre las personas que trabajan con Ud., ¿hay alguna que le irrite, por sus costumbres y género de vida?
- 99c SI NO ? Si está invitado a algún banquete o fiesta, ¿prefiere abstenerse de tomar algo antes que pedirlo al camarero?
- 100d SI NO ? ¿Tiene Ud. miedo de encontrarse solo en un sitio oscuro?
- 101c SI NO ? ¿Tenían sus padres tendencia a estar «muy encima de Ud.», es decir, a controlarle o vigilarle demasiado mientras vivió con ellos? (O tienen tendencia, si es que actualmente vive con ellos.)
- 102c SI NO ? ¿Le ha sido fácil hacer amistad con personas del sexo opuesto?
- 103b SI NO ? ¿Está Ud. muy por debajo de su peso normal? (Si no lo sabe, rodee el «?».)
- 104e SI NO ? Su empleo actual, ¿le obliga a hacer su trabajo o a despachar sus asuntos muy de prisa?
- 105d SI NO ? ¿Ha tenido Ud. a veces miedo de caerse, cuando se encontraba en un sitio alto?
- 106a SI NO ? ¿Cree que es fácil entenderse con la o las personas con las que convive?
- 107c SI NO ? ¿Le es difícil sostener una conversación con alguien que le acaba de ser presentado?
- 108b SI NO ? ¿Tiene Ud. vértigos con frecuencia? (Vértigos quiere decir sensación de mareo y de que las cosas dan vueltas.)
- 109d SI NO ? ¿Se lamenta Ud. a menudo de lo que hace?
- 110e SI NO ? ¿Se atribuye personalmente, su actual jefe o superior, todo el mérito de algún trabajo que ha hecho Ud.?
- 111a SI NO ? ¿Está frecuentemente en desacuerdo con la manera de llevar la casa o forma de pensar, de la o las personas con las que convive?

- 112d SI NO ? ¿Se desanima Ud. con facilidad?
- 113b SI NO ? En el transcurso de estos tres últimos años, ¿ha padecido Ud. muchas enfermedades?
- 114c SI NO ? ¿Ha tenido Ud. ocasión de dirigir a otras personas, siendo presidente de una comisión, jefe de grupo, etc.?
- 115e SI NO ? En su actual empleo, ¿tiene Ud. la impresión de ser como la pieza de una máquina? (Es decir, de sentir completamente anulada su personalidad.)
- 116a SI NO ? De las personas que le rodean, ¿se opone alguna con frecuencia a que Ud. elija libremente a sus compañeros y amigos?
- 117b SI NO ? ¿Tiene Ud. gripe con frecuencia?
- 118c SI NO ? ¿Le felicita su jefe o superior cuando hace un trabajo bien hecho?
- 119c SI NO ? ¿Se sentiría Ud. muy intimidado, si fuera el encargado de lanzar una idea, para organizar una discusión en un grupo?
- 120d SI NO ? ¿Ha quedado frecuentemente deprimido (entristecido) por las faltas de consideración de que ha sido Ud. objeto por parte de algunas personas de su ambiente?
- 121a SI NO ? ¿Viven con Ud. personas que se irritan y se enfadan o discuten violentamente?
- 122b SI NO ? ¿Tiene Ud. bronquitis con bastante frecuencia?
- 123d SI NO ? ¿Le asustan los relámpagos?
- 124c SI NO ? ¿Es Ud. tímido?
- 125e SI NO ? Al emprender su actual trabajo, ¿lo ha hecho pensando que era éste, precisamente, el que Ud. deseaba?
- 126b (SI) NO ? ¿Ha sufrido alguna operación quirúrgica importante?
- 127a SI NO ? ¿Le reprochaban sus padres, con frecuencia, el género de amigos que le rodeaban?
- 128c SI NO ? ¿Le resulta a Ud. fácil pedir ayuda a los demás?
- 129c SI NO ? ¿Tiene temporadas en las que se desanima en su trabajo actual?
- 130d SI NO ? ¿Le salen frecuentemente mal las cosas, sin que sea culpa suya?
- 131a SI NO ? ¿Le agradecería irse del lugar en que vive para tener más independencia personal?
- 132c SI NO ? Si desea obtener algo de una persona que apenas conoce, ¿prefiere escribirle antes que pedirselo personalmente?
- 133b SI NO ? En algún accidente, ¿ha resultado Ud. gravemente herido?
- 134d SI NO ? ¿Sólo el ver una serpiente ya le aterroriza? (Aunque sea, por ejemplo, en una película.)
- 135e SI NO ? ¿Tiene Ud. la impresión de que su trabajo está controlado por demasiados superiores?
- 136b SI NO ? ¿Ha adelgazado mucho en estos últimos tiempos?
- 137a SI NO ? ¿Cree que es desgraciado su hogar por la falta de dinero?

- 138c SI NO ? ¿Le sería difícil contar o exponer alguna cosa ante un grupo de personas?
- 139c SI NO ? ¿Es muy monótono su trabajo actual?
- 140d SI NO ? ¿Llora Ud. con facilidad o con frecuencia?
- 141b SI NO ? ¿Se encuentra frecuentemente muy cansado, al anochecer, es decir, al finalizar el día?
- 142a SI NO ? Mientras vivía con sus padres, ¿era injustamente censurado por alguno de ellos? (O lo es actualmente, si es que aún vive con ellos.)
- 143d SI NO ? ¿Le asusta mucho el pensar en un terremoto o en un incendio?
- 144c SI NO ? ¿Se azara Ud. si tiene que entrar en algún salón, fiesta familiar o cualquier otra clase de reunión, cuando ya está todo el mundo sentado?
- 145c SI NO ? ¿Cree que su actual trabajo es muy poco interesante?
- 146b SI NO ? ¿Tiene Ud. a menudo dificultad para conciliar el sueño, aun cuando no haya ruido a su alrededor?
- 147a SI NO ? Donde Ud. vive actualmente, ¿hay alguien que le exige que obedezca, tenga o no tenga razón?
- 148c SI NO ? ¿Ha tomado Ud. alguna vez la iniciativa para animar alguna reunión aburrida?
- 149c SI NO ? ¿Cree Ud. que su jefe o superior habría de poner más simpatía y comprensión en sus relaciones con Ud.?
- 150d SI NO ? ¿Se siente Ud. frecuentemente como si estuviera solo, aunque se encuentre acompañado de otras personas?
- 151a SI NO ? Durante su infancia, ¿ha sentido alguna vez deseos de marcharse de casa?
- 152b SI NO ? ¿Tiene frecuentemente dolores o pesadez de cabeza?
- 153d SI NO ? ¿Ha tenido Ud. alguna vez la sensación de que alguien le hipnotizaba y le hacía ejecutar ciertos actos en contra de su voluntad?
- 154c SI NO ? Durante alguna conversación sobre temas varios, ¿ha tenido, alguna vez, grandes dificultades para formular una cita apropiada? (Por ejemplo, para acordarse de un refrán, o bien decir tal escritor o tal político, dijo esto o aquello.)
- 155c SI NO ? ¿Le parece a Ud. que su jefe o superior no aprecia en su justo valor los esfuerzos que Ud. hace para realizar su trabajo de una manera perfecta?
- 156b SI NO ? ¿Ha tenido Ud. escarlatina o difteria?
- 157a SI NO ? ¿Ha creído Ud. a veces que ha sido una decepción para sus padres?
- 158c SI NO ? ¿Propende Ud. a encargarse de presentar unas personas a otras en una reunión?
- 159c SI NO ? ¿Tiene Ud. miedo de perder su empleo actual?
- 160d SI NO ? ¿Tiene Ud. con frecuencia períodos en los que se siente de repente triste y pesimista durante unos días o incluso durante más tiempo?

* escarlatina. Fiebre eruptiva acompañada de manchas rosadas.

* difteria. Formación de falsa membrana en las mucosas.

ANEXO 2

CARES: SISTEMA DE EVALUACION DE LA REHABILITACION DEL CANCER

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
FECHA: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____
No. DE HIJOS: _____ TIPO DE MASTECTOMIA: _____
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA MASTECTOMIA: _____
ULTIMO AÑO EDUCATIVO CURSADO: _____

Instrucciones

Abajo está una lista de frases problema, que describen situaciones y experiencias de individuos que tienen o han tenido cáncer. Voy a leerle cada frase y usted debe indicarme el número que mejor describa **EN QUE MEDIDA SE APLICA CADA FRASE A USTED** durante el **MES PASADO INCLUYENDO HOY**. Para aquellas frases que puntúen entre 1 y 4, indíqueme si desea o no ayuda con dicho problema.

Ejemplo:

En qué medida se aplica esto a usted?

Desea Ayuda?

1. Tiene dificultad para caminar

0 1 2 3 4

S N

0 No del todo

1 Un poco

2 La cantidad justa

3 Mucha

4 Muchísima

2. Considera que la comida sabe mal

0 1 2 3 4

S N

EN QUE MEDIDA SE APLICA ESTO A USTED?

DESEA
AYUDA?

1. No está interesada en actividades recreaciona- les que antes le interesaban?	0 1 2 3 4	S N
2. Por el cáncer o sus tratamientos, tiene dificul- tad para planear actividades?	0 1 2 3 4	S N
3. Le incomoda mostrar su cuerpo a otros a causa de su enfermedad?	0 1 2 3 4	S N
4. Se siente incómoda con los cambios en su cuerpo?	0 1 2 3 4	S N
5. Se siente ansiosa frecuentemente?	0 1 2 3 4	S N
6. Se siente deprimida frecuentemente?	0 1 2 3 4	S N
7. Siente ira frecuentemente?	0 1 2 3 4	S N
8. Frecuentemente se siente agobiada por sus emo- ciones y sentimientos acerca del cáncer?	0 1 2 3 4	S N
9. Tiene dificultad para dormir?	0 1 2 3 4	S N
10. Tiene dificultad para concentrarse?	0 1 2 3 4	S N
11. Tiene dificultad para recordar cosas?	0 1 2 3 4	S N
12. Tiene dificultad para decirle a sus amigos que vengan a verla con menos frecuencia?	0 1 2 3 4	S N
13. Tiene dificultad para decirle a sus amigos que se marchen cuando no se siente bien?	0 1 2 3 4	S N
14. Tiene dificultad para pedirle a sus amigos que la involucren en sus planes de diversión?	0 1 2 3 4	S N
15. Tiene dificultad para hablar con sus amigos acerca del cáncer?	0 1 2 3 4	S N
16. Tiene dificultad para pedirle a sus amigos que vengan más a menudo?	0 1 2 3 4	S N
17. Se siente incómoda cuando ve a otros pacientes bajo tratamiento?	0 1 2 3 4	S N
18. Se siente nerviosa cuando tiene que ir al hos- pital?	0 1 2 3 4	S N
19. Le preocupa si el cáncer está progresando?	0 1 2 3 4	S N
20. Le preocupa no ser capaz de valerse por sí misma?	0 1 2 3 4	S N
21. Le preocupa cómo se mantendrá su familia si usted muere?	0 1 2 3 4	S N
22. No se siente sexualmente atractiva?	0 1 2 3 4	S N
23. No cree que su pareja la encuentre sexualmente atractiva?	0 1 2 3 4	S N
24. No está interesada en tener sexo?	0 1 2 3 4	S N
25. No cree que su pareja esté interesada en tener sexo con usted?	0 1 2 3 4	S N
26. Tiene dificultad para cuidar de sus hijos o nietos?	0 1 2 3 4	S N
27. Tiene dificultad para ayudar a sus hijos a enfrentarse con su enfermedad?	0 1 2 3 4	S N
28. Tiene dificultad para hablar con su jefe acer- ca del cáncer?	0 1 2 3 4	S N
29. Tiene dificultad para hablar acerca del cáncer con sus compañeros de trabajo?	0 1 2 3 4	S N
30. Tiene dificultad para decirle a su jefe que no puede hacer algo, a causa de su enfermedad?	0 1 2 3 4	S N

31. Tiene dificultad para pedir permiso en el trabajo para tratamientos médicos?	0 1 2 3 4	S N
32. Le preocupa ser sometido a críticas?	0 1 2 3 4	S N
33. Ha tenido dificultad para encontrar un nuevo trabajo, desde que tiene cáncer?	0 1 2 3 4	S N
34. Considera que los empleadores son reacios a contratar gente con una historia de cáncer?	0 1 2 3 4	S N
35. La frecuencia de sus relaciones sexuales ha disminuido?	0 1 2 3 4	S N
36. Tiene dificultad para iniciar una incitación sexual?	0 1 2 3 4	S N
37. Tiene dificultad para tener lubricación?	0 1 2 3 4	S N
38. Tiene dificultad para llegar a un orgasmo?	0 1 2 3 4	S N
39. Tiene dificultad para iniciar nuevas relaciones?	0 1 2 3 4	S N
40. Tiene dificultad para conocer nuevos amigos?	0 1 2 3 4	S N
41. Se siente asustada al ir a un lugar para conocer nuevas personas?	0 1 2 3 4	S N
42. Tiene dificultad para hablar a sus nuevos amigos acerca del cáncer o sus tratamientos?	0 1 2 3 4	S N
43. Le asusta iniciar una relación sexual con alguien?	0 1 2 3 4	S N
44. Se siente nerviosa cuando recibe quimioterapia?	0 1 2 3 4	S N
45. Se siente enferma cuando piensa acerca de la quimioterapia?	0 1 2 3 4	S N

Usted es casado o tiene una relación significativa? SI NO
Si su respuesta es NO, deje sin contestar las siguientes preguntas.

46. Su pareja y usted tienen dificultad para hablar acerca de sus sentimientos?	0 1 2 3 4	S N
47. Su pareja y usted tienen dificultad para hablar de sus temores?	0 1 2 3 4	S N
48. Su pareja y usted tienen dificultad para hablar sobre lo que sucederá después, en caso de que usted muera?	0 1 2 3 4	S N
49. Su pareja y usted tienen dificultad para hablar acerca de su futuro?	0 1 2 3 4	S N
50. Su pareja y usted tienen dificultad para hablar acerca del cáncer y de lo que podría suceder?	0 1 2 3 4	S N
51. Su pareja y usted tienen dificultad para hablar acerca de testamentos y arreglos financieros?	0 1 2 3 4	S N
52. No desea abrazar, besar o acariciar a su pareja?	0 1 2 3 4	S N
53. Su pareja no desea que la abrace, bese o acaricie?	0 1 2 3 4	S N
54. No está interesada en tocar a su pareja?	0 1 2 3 4	S N
55. Su pareja no está interesada en tocarla?	0 1 2 3 4	S N
56. Su pareja y usted no comparten juntos como usualmente lo hacían?	0 1 2 3 4	S N
57. Su pareja y usted se disgustan más a menudo de lo usual?	0 1 2 3 4	S N

- | | | |
|--|-----------|-----|
| 58. Su pareja y usted pasan tanto tiempo juntos que se ponen nerviosos? | @ 1 2 3 4 | S N |
| 59. Su pareja y usted están más distantes de lo usual? | @ 1 2 3 4 | S N |
| 60. Su pareja no la deja realizar actividades que usted es capaz de hacer? | @ 1 2 3 4 | S N |
| 61. Su pareja gasta mucho tiempo cuidando de usted? | @ 1 2 3 4 | S N |
| 62. Su pareja no la cuida lo suficiente? | @ 1 2 3 4 | S N |
| 63. Tiene dificultad para pedir a su pareja que cuide de usted? | @ 1 2 3 4 | S N |

¡ GRACIAS POR SU COLABORACION !

Instituto Nacional de Cancerología



INC002235