



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

ESTILOS DE HUMOR Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

TESIS

Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología
con mención en Psicología Clínica que presenta el Bachiller:

VÍCTOR GUSTAVO TATEISHI SERRUTO

Mg. MÓNICA CASSARETTO BARDALES
Asesora

LIMA-PERÚ

2011



*A mi abuela Fusa, a mis padres, a mis mejores amigos.
A las que decidieron sonreír y nunca se rindieron.*

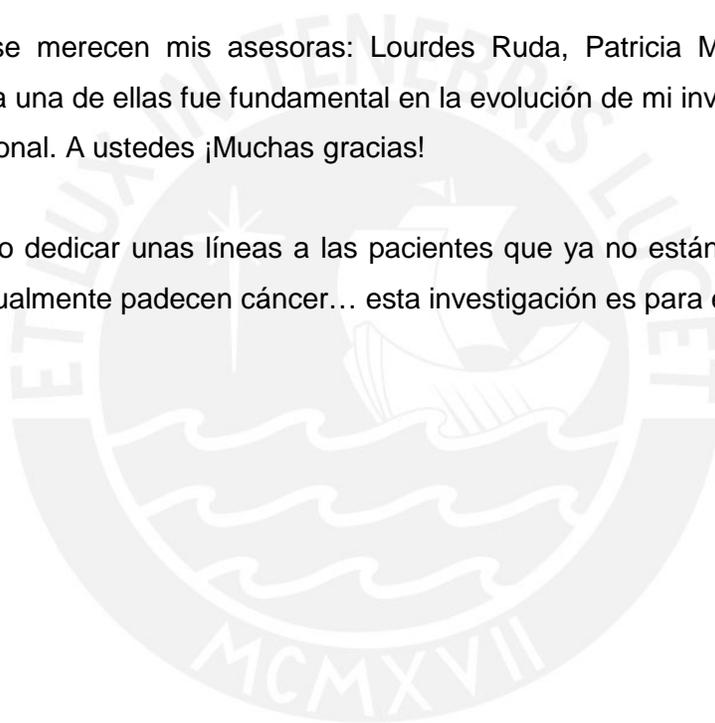
AGRADECIMIENTOS

El camino fue largo pero satisfactorio.

Quisiera agradecer a mis padres y hermanos, quienes siempre estuvieron conmigo. A mis compañeras del internado, por sus orejas y hombros. A mis amigos de la universidad por el empuje constante. Al personal asistencial del INEN y, sobretodo, a cada una de las pacientes que compartieron conmigo un momento de su vida. Muchas gracias.

Párrafo aparte se merecen mis asesoras: Lourdes Ruda, Patricia Martínez y Mónica Cassaretto. Cada una de ellas fue fundamental en la evolución de mi investigación y en mi crecimiento personal. A ustedes ¡Muchas gracias!

Por último, quiero dedicar unas líneas a las pacientes que ya no están con nosotros y a aquellas que actualmente padecen cáncer... esta investigación es para ellas.



RESUMEN

Desde una comprensión multidimensional del humor sus repercusiones en el bienestar pueden ser beneficiosas o perjudiciales. Investigaciones demuestran que estilos de humor adaptativo pueden amortiguar los síntomas depresivos, mientras que los desadaptativos tienden a incrementarlos. La presente investigación pretende dar luces sobre esta relación en pacientes mujeres con cáncer de mama entre los 37 y 65 años. Para ello, se utilizó el Cuestionario de Estilos de Humor (CEH) y el Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II). Como resultados, se halló una asociación negativa entre el estilo de afiliación ($p=0,32$) y la sintomatología depresiva; y, a su vez, una asociación positiva con el estilo agresivo (0,26). Además, se hallaron asociaciones entre los estilos de humor y variables sociodemográficas y médicas (ocupación, estadio clínico, recibir hormonoterapia y tener enfermedades adicionales al cáncer). La depresión se asoció positivamente con no contar con un trabajo, bajo nivel de instrucción y estar hospitalizado.

Palabras clave: Estilos de humor, depresión, cáncer de mama.

ABSTRACT

From a multidimensional understanding of humor, repercussions on welfare can be beneficial or harmful. Research shows that adaptive styles of humor can diminish the depressive symptoms, while maladaptive tends to increases. This research aims to shed light on this relationship in female patients with breast cancer between 37 and 65. To do this, we used the Humor Styles Questionnaire (CEH) and the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). As a result, we found a negative association between the style of affiliation ($p = 0.32$) and depression, and also a positive association between aggressive style (0.26) and depression. In addition, various associations were found between humor styles and sociodemographic and medical variables (occupation, clinical stage, receiving hormone therapy and having additional diseases to cancer). Depression was positively associated with not having a job, low level of education and being hospitalized.

Keywords: styles of humor, depression, breast cancer.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama	1
Impacto psicológico y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer	1
Estilos de Humor y depresión en pacientes con cáncer de mama	4
Planteamiento del problema	11
MÉTODO	13
Participantes	13
Medición	14
Procedimiento	18
RESULTADOS	21
Estilos de humor	21
Sintomatología depresiva	24
Relación entre estilos de humor y sintomatología depresiva	26
DISCUSIÓN	27
Conclusiones	27
Limitaciones del estudio y recomendaciones	36
REFERENCIAS	39
ANEXOS	
ANEXO: Análisis estadísticos	

ESTILOS DE HUMOR Y SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

El cáncer de mama es, sin duda, el cáncer más estudiado. En parte, esto es debido a que el 8% de las mujeres desarrollará cáncer de mama a lo largo de su vida (Pollán et al., 2007); además, el órgano afectado está íntimamente asociado a la autoestima, sexualidad, y feminidad. Sufrir dicho cáncer significa un gran estrés para cualquier mujer (Cano, 2005). Sin embargo, no todas las mujeres se adaptan de igual manera a la enfermedad, por estar involucradas variables psicológicas, psicosociales y médicas (Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005).

En el Perú, el cáncer de mama, según estadísticas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) entre los años 2000 a 2004, es el cáncer más frecuente junto al cáncer de cuello uterino en mujeres, ocupando además el cuarto lugar en relación a la mortalidad. En promedio, cada año 935 mujeres contraen cáncer de mama, con una media de edad de 54 años. La incidencia aumenta rápidamente a partir de los 35 años hasta la menopausia donde la curva sigue una dirección ascendente, aunque con una gradiente mucho menos marcada. Es un cáncer centralmente de mujeres. En nuestro medio, el 59.17% de las pacientes con cáncer de mama logran superarlo (Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, 2004).

El avance médico-tecnológico permite una detección temprana del cáncer, lo cual, facilita su tratamiento y da pie a un mejor pronóstico. A pesar de ello, los efectos secundarios de los tratamientos siguen resultando agresivos e invasivos, teniendo serias repercusiones en el bienestar físico y psicológico de la paciente (Cubrerros, 2006).

La adaptación psicológica y psicosocial al cáncer de mama está determinada por diferentes factores: la edad (Holland & Rowland, 1990); la percepción de la imagen corporal (Carver et. al, 1998; Manos, Bueno & Mateos, 2007; Sebastián, Bueno & Mateos, 2002); la personalidad (Christensen, Ehlers & Wiebe, 2002; Wilson, Mendes de León, Bientas, Evans & Bennet, 2004); patrones de afrontamiento (Torres, 2003; Watson & Greer, 1998; Watson, Haviland, Greer, Davidson & Bliss, 1999); experiencias previas con el cáncer de mama (Kim, Duhamel, Valdimoarsdottir & Bovbjerg, 2005); la respuesta de los otros significativos y el impacto en el entorno (Alarcón, 2006; Torres, 2011; Holland & Rowland, 1990); miedos y fobias a los procedimientos médicos (Alarcón, 2006; Die, 2003;

Holland & Rowland, 1990). El soporte social parece influir de forma positiva en la supervivencia y en la calidad de vida (Fox, 1995; Helgeson et al. 1998; Laos, 2010; Torres 2001).

La adaptación psicológica a la enfermedad también dependerá del estadio clínico del cáncer al momento del diagnóstico, del tratamiento requerido, del pronóstico probable y de las oportunidades disponibles de rehabilitación (Salas & Grisales, 2010). En la actualidad, las intervenciones médicas tienden más a la conservación o a una potencial reconstrucción de la mama, disminuyendo en mayor grado las mastectomías radicales, las cuales, generan altos niveles de ansiedad y miedos.

Por último, cómo hace referencia Holland (2002, citado en Robles, 2009)

“...los retos psicosociales y psiquiátricos varían de acuerdo al punto del continuo del cáncer en que se encuentra el paciente” (Holland, p.206)

Las manifestaciones psicopatológicas, por tanto, variarán dependiendo del curso de la enfermedad. Robles, Morales, Jiménez & Morales (2009) hallan que mientras mayor sea el tiempo transcurrido con la enfermedad más probabilidades existen de desarrollar sintomatología depresiva clínicamente relevante. La ansiedad y depresión serán las principales quejas ante los primeros momentos de detección de síntomas y anuncio del diagnóstico, y la depresión, duelo o decepción seguirán en tanto se inicien las fases de tratamiento, post-tratamiento, recurrencia, cuidados paliativos y terminales (Cano, 2005)

Un amplio espectro de emociones se despliega al enfrentar el cáncer, desde sentimientos de vulnerabilidad, tristeza y miedo, hasta problemas de mayor envergadura como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis existencial y espiritual (Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005; The National Comprehensive Cancer Network, 2003 citado en Sarenmalm, Öhlén, Odén & Gaston-Johansson, 2007)

Se ha calculado que la depresión afecta a 121 millones de personas y es una de las principales causas de invalidez alrededor del mundo. Si la depresión no se trata, no solamente lleva a un sufrimiento emocional sino que aumenta la mortalidad (Massie, 2004; Sellick & Crooks, 1999). En general, entre más severa sea la enfermedad, tal como lo es el cáncer, es más probable que la depresión se complique (Alarcón, 2006).

La depresión parece también asociada a diversas enfermedades crónicas como el VIH (Alcántara, 2008; Kalichman, Rompa & Cage, 2006), Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) (Finkelstein & Finkelstein, 2000; Guzmán & Nicassio, 2003; Hailey & Moss, 2000) y enfermedades coronarias (Paz-Filho, Licinio, & Wong, 2010; Thombs, et

al., 2006). En el Perú, Alcántara (2008) en una investigación realizada en pacientes con VIH, reportó, en promedio, niveles leves de sintomatología depresiva. De su población, un 16% y 20% presentaron niveles moderados y severos de sintomatología depresiva, correspondientemente.

Estudios vinculados han sido realizados sobre la frecuencia de la depresión en pacientes con cáncer, siendo el índice más alto de 46% y el más bajo de 1.5% (Aragón, 2008; Massie, 2004; Chen et al., 2009; Haisfield-Wolfe, McGuire, Soeken, Geiger-Brown & De Forge, 2009; Hinz et al., 2009)

La diversidad en los datos de prevalencia se debe no sólo a las distintas maneras como los autores han definido el concepto de depresión, sino también a las características de la muestra, al momento de la recolección de los datos y/o a los instrumentos utilizados.

Según los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana (2002) consignados en el manual diagnóstico y estadístico DSM-IV-TR, para el diagnóstico de episodio depresivo mayor se hace hincapié en aspectos psicológicos y somáticos. El diagnóstico de dicho cuadro se complica por la existencia de un traslape entre los síntomas físicos propios de la depresión y los efectos secundarios de los tratamientos contra el cáncer (Akechi et al, 2009; Robles, et al., 2009)

Desde el punto de vista clínico, se ha dado mayor protagonismo a los síntomas psicológicos que incluyen sentimientos intensos y permanentes de desesperanza, sentimientos de impotencia, excesiva culpa, o pensamientos de autoinculpación, sentimientos de minusvalía y la idea que la enfermedad es un castigo, que la vida no tiene valor y que el suicidio sería una salida ante tanto sufrimiento (Chochinov, 2001).

Algunas personas que proporcionan cuidados médicos con frecuencia asumen que la depresión es una respuesta normal a la enfermedad y no reconocen la necesidad de una intervención activa (Alarcón, 2004). Las personas que reciben tratamiento para la depresión son más capaces de enfrentar el estrés del tratamiento anticanceroso y presentar un menor riesgo de problemas que puedan interferir con sus cuidados, que aquellos pacientes que no reciben dicho tratamiento (Chochinov, 2001). La depresión no tratada eleva el potencial para presentar conductas de afrontamiento maladaptativas, tales como regresión, incumplimiento de instrucciones, hostilidad, desesperanza prematura, e, incluso el suicidio (Alarcón, 2004; Chochinov, 2001; Hjerl et. al, 2003; Reddick, Nanda, Campbell, Ryman & Gaston-Johansson, 2005; Satin, Linden & Phillips, 2009).

A pesar de verse involucrados asuntos importantes de la vida de cualquier persona al padecer el cáncer (miedo a la muerte, alteración de los planes de vida, cambios en la imagen corporal, autoestima, cambios en el rol social y en el estilo de vida, preocupaciones económicas y legales), no todos llegan a experimentar depresión grave o ansiedad (Massie, 2004; Soto, 2011; Valle et. al, 2006)

Estudios longitudinales (Burgess et al., 2005) muestran cómo en pacientes con cáncer de mama la depresión parece decrecer a medida que el tiempo avanza. Durante el año posterior al diagnóstico cerca del 50% de las pacientes presentaban depresión, ansiedad o ambas. El número se redujo a 25% en el segundo, tercer y cuarto año y al 15% en el quinto año. En este caso, la depresión se relacionó con la falta de tratamientos psicológicos previos, falta de una relación afectiva cercana, edad joven y la severidad de situaciones estresantes no relacionadas al cáncer.

Por otro lado, la relación positiva entre la depresión y la mortalidad ha sido sustentada en una serie de enfermedades crónicas (Hjerl et. al, 2003; Satin, Linden & Phillips, 2009). Específicamente con respecto al cáncer, aún no se ha tomado una postura definida debido a que los resultados de los estudios son contradictorios. Un estudio relativamente reciente llevado a cabo por Hjerl et al. (2003) en el Hospital de Glostrup (Dinamarca) con una muestra de 10 593 pacientes de todo el país, muestra una relación significativa pero pequeña entre mortalidad y depresión en mujeres con cáncer de mama; dicha relación se mantiene aún cuando se controla variables biológicas.

Asimismo, la depresión tiene un correlato en el sistema inmunológico, así lo demuestran diferentes estudios, donde se observa que los pacientes deprimidos que no reciben tratamiento, tienen una disminución en su funcionamiento inmune celular (Fox, 1995; Kimmel et. al, 2000; Reiche, Nunes & Morimoto, 2004). Estudios recientes muestran como posible mediador entre la depresión y la progresión del cáncer a la activación crónica del eje hipotalámico-pituitaria-adrenal (Reiche, Nunes & Morimoto, 2004). Estas alteraciones inmunológicas que conlleva la depresión, a su vez, inciden en la susceptibilidad de los pacientes a desarrollar infecciones, neoplasias o alteraciones autoinmunes (Fox, 1995; Kimmel et. al, 2000).

Del mismo modo, la adherencia al tratamiento se ve afectada también por la depresión, ya que, los niveles de motivación disminuyen para cumplir las prescripciones oncológicas. Pacientes con altos niveles de depresión, tienden a disminuir sus tiempos de asistencia a las sesiones de quimioterapia y radioterapia y a percibir que la enfermedad

interfiere muy significativamente con sus vidas diarias y que reciben menos apoyo social (Chochinov, 2001; Fernández et. al, 2011)

Por lo señalado se aprecia que la depresión tiene repercusiones negativas en el bienestar del paciente y en el proceso de la enfermedad, agudizando los síntomas propios del tratamiento contra el cáncer y perjudicando diversas áreas de la vida del paciente.

Una variable importante que se asocia negativamente con la depresión durante la enfermedad es el humor, percibido como un tipo de afrontamiento (Capps, 2006; Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray & Weir, 2003). Además, el humor se ha relacionado con altos niveles de autoestima y bajos niveles de soledad, depresión y estrés (Erickson & Feldstein, 2007; Payne & Lengacher, 2006; Rezan, 2007). Aparentemente, el uso del humor permitiría disminuir el impacto de los eventos estresantes al producir emociones positivas.

La relación entre humor y salud (física y psicológica) ha cobrado gran importancia en estos años (Capps, 2006; Erickson & Feldstein, 2007). Varias investigaciones encuentran relación entre el humor y la satisfacción con la vida, la reducción del dolor, la mejora del funcionamiento inmunológico y en mayores niveles de salud en general (Panish, 2002).

Rod Martin (2007) es uno de los pioneros en el estudio del humor, el cual, considera que es un aspecto universal a la especie humana, por lo que, trasciende a las culturas, costumbres y a cualquier persona (Erickson & Feldstein). El sentido del humor hace referencia a cosas que las personas dicen o hacen que son vistas como graciosas y que tienden a hacer que otros rían, así como los procesos mentales que van dirigidos a crear o percibir estímulos divertidos con la consecuente respuesta afectiva que implica disfrutarlos (Martin, 2007).

Asimismo, existe un debate ya que algunos consideran al humor como una respuesta de afrontamiento más situacional (Capps, 2006) mientras que otros lo perciben como rasgo estable de la personalidad (Erickson & Feldstein, 2007; Martin, 2001)

Las investigaciones más recientes sobre el humor lo definen como un constructo complejo y multidimensional (Martin, et. al, 2003), cuyo empleo puede repercutir tanto en beneficio como en perjuicio de uno mismo (Kirsh & Kuiper, 2003; Kuiper, Grimshaw, Leite & Kirsh, 2004). Por ejemplo, algunos investigadores han encontrado relaciones entre personas con un alto sentido del humor y una mayor incidencia en enfermedades, además de mayor mortalidad que en personas serias (Kerkkanen, Kuiper & Martín, 2004).

En línea con esta concepción y con el modelo multidimensional del sentido del humor, Martin et al. (2003) centraron su interés en la medición de los usos o funciones del sentido del humor en relación al bienestar psicosocial (interpersonal e intrapsíquica). Basándose en dicha dimensión del humor, identificó cuatro estilos de humor, dos de los cuales se relacionan positivamente y, otros dos, de forma negativa con el bienestar psicosocial.

Los cuatro estilos son relativamente independientes y se distinguen por su localización a lo largo de dos continuos: Humor relativamente benigno y benevolente versus potencialmente perjudicial para uno mismo u otros; y humor cuya función es realizarse a uno mismo versus realzar o incrementar las relaciones de uno mismo con los otros (Erickson & Feldstein, 2007) Es importante considerar los continuos como grados de un mismo uso del humor mas no como una dicotomía.

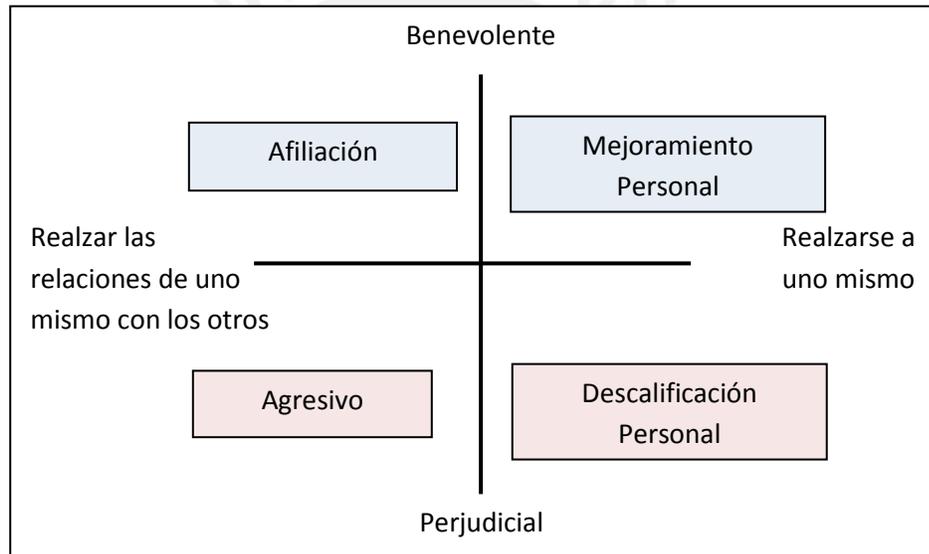


Figura 1: Estilos de Humor

Los cuatro estilos de humor propuestos por Martin et al. (2003) son: estilo de afiliación, mejoramiento personal, agresivo y descalificación personal. Los dos primeros resultan adaptativos mientras que los dos siguientes mal adaptativos.

El estilo de afiliación tiene como objetivo el realce de relaciones interpersonales y sociales, usando las bromas y burlas para reducir la tensión interpersonal y facilitando las relaciones con los otros (Erickson & Feldstein, 2007; Kuiper et al, 2004; Kuiper & McHale, 2009). Las personas con este estilo de humor aparentemente son: socialmente extrovertidos, agradables, emocionalmente estables y preocupados por los demás.

Los individuos que tienen un estilo de mejoramiento personal mantienen una perspectiva humorística de la vida a pesar de atravesar por situaciones o eventos estresantes, además de utilizar el humor como estrategia de afrontamiento para minimizar las emociones negativas manteniendo un sentido realista de la vida (Klein & Kuiper, 2006). Esta escala del humor está relacionada con la autoestima, el optimismo, el bienestar psicológico y la satisfacción con el soporte social.

En contraste con los estilos adaptativos, el estilo descalificación personal se caracteriza por el uso inadecuado y excesivo de un humor que menosprecia a uno mismo y que busca ganar la aprobación de los demás. Martin et al. (2001) encontró que el uso de este estilo de humor parece camuflar sentimientos negativos o ser una forma de evitar lidiar constructivamente con los problemas, además de presentar baja autoestima y mucha necesidad afectiva. Particularmente, este estilo de humor ha sido relacionado directamente con depresión, ansiedad, hostilidad, agresividad y síntomas psiquiátricos, y correlaciona negativamente con autoestima y bienestar psicológico (Erickson & Feldstein, 2007; Kuiper & McHale, 2009).

El último estilo desadaptativo es el agresivo que tiene como particularidad el uso del engaño, sarcasmo, ridículo y menosprecio para denigrar y rebajar al otro. Este estilo de humor es usado sin tener en consideración a los demás, empeorando seriamente las relaciones sociales e interpersonales (Kuiper et al., 2004). Martin et al (2001) señalan que varias investigaciones (Helgeson, 1994; Miller, Smith, Turner, Guijarro, & Hallet, 1996 citado en Martin et al, 2003) encuentran efectos negativos derivados de la hostilidad en la agencia en las relaciones sociales y en la salud física del uso de este estilo particular de humor.

Es esperable que exista cierto nivel de superposición entre las dimensiones del humor. Por ejemplo, el humor de afiliación, frecuentemente, involucra cierto grado de denigración, que es usada por grupos de amigos o colegas para realzar sus sentimientos de identidad grupal, cohesividad y bienestar, haciendo bromas sobre otros grupos o personas ajenas al grupo que disgustan o implican una amenaza para ellos. El estilo de mejoramiento personal también posee un componente moderadamente agresivo. Dicha agresión hacia sí mismo no es concebida con mucha seriedad o importancia, siendo percibido por los demás más simpático y menos amenazante (Martin et. al, 2003).

Como se mencionó anteriormente, ciertos componentes del humor parecen asociados (de forma positiva y negativa) a variables de salud (Capps, 2006; Panish, 2002; Payne & Lengacher, 2006; Rezan, 2007). Hace más de dos décadas, los estudios del

humor sólo tomaban en cuenta los aspectos positivos del humor y se asumía que era un constructo, de por sí, beneficioso para la salud y el bienestar (Martin & Lefcourt, 1983; Martin & Lefcourt, 1984; Svebak, 1974 en Thorson & Powell, 1997; Thorson & Powell, 1993). Debido a la evidencia empírica de los últimos años, se sabe que no todas las dimensiones del humor ayudan a un ajuste positivo (Kupier et al, 2004; Martin, 2001; Martin, 2004). Por lo que, los estilos de humor de Martin y colaboradores parecen saldar dichas limitaciones al tomar en cuenta los aspectos negativos del humor, para uno mismo y sus relaciones (Erickson & Feldstein, 2006; Klein & Kuiper, 2006; Kuiper et al., 2004; Martin, et. al, 2003)

Las investigaciones más recientes (Edwards & Martin, 2010; Kuiper & Harris, 2009) confirman la relación entre los estilos adaptativos y una menor depresión, menor ansiedad y mayor autoestima. Asimismo, los estilos desadaptativos correlacionan con, precisamente, patrones opuestos en relación al bienestar: mayor depresión, mayor ansiedad y menor autoestima.

Para profundizar en la relación entre el humor y la depresión, otras investigaciones (Abel, 1998; Kuiper, Martin & Olinger, 1993) sostienen el papel *moderador* del humor frente al estrés, entendiéndose como un “amortiguador” de los efectos negativos del estrés en el individuo. Experimentos en laboratorio muestran cómo las personas cuando crean humor en medio de experiencias estresantes, ó cuando son expuestos a algún tipo de comedia antes o después de tales eventos, tienden a reportar ánimos más positivos que negativos, y menores niveles de estrés relacionado al estado de activación psicológica en comparación a los participantes en los grupo control (Martin, 2007).

Los efectos positivos del humor (protectores frente a la depresión) también podrían explicarse por su rol en la evaluación cognitiva de las situaciones amenazantes, por consiguiente estresantes, y por su función como estrategia de afrontamiento en general (Abel, 2002). Kuiper & Martin, (1998 citados en Abel, 2002) refieren:

“los efectos moderadores del estrés del sentido del humor parecen operar, por lo menos en parte, a través de una evaluación más positiva y un procesamiento cognitivo más realista de la información del entorno” (p.162).

Este mismo autor encuentra que individuos con alto sentido del humor cambian de perspectiva cuando afrontan eventos de vida negativos, viendo dichos eventos de manera más positiva que aquellas personas con bajo sentido del humor. Además, la probabilidad de esforzarse en buscar perspectivas alternativas a problemas se ve incrementada, así

como la distancia emocional frente al estrés y, por tanto, la experimentación de afectos negativos se ve reducida (Kuiper, McKenzie & Belanger, 1995 citados en Abel, 2002).

Asimismo, algunas investigaciones actuales dan luces sobre el papel *mediador* del humor en relación a las cualidades positivas de personalidad y sus efectos en la percepción del estrés y medidas de bienestar. Explican la relación entre el humor y la depresión al facilitar la aparición de otras variables positivas asociadas al bienestar (optimismo, esperanza y felicidad) (Cann & Etzel, 2008; Cann, Stilwell & Taku, 2010). Esta perspectiva aún está siendo estudiada.

En la actualidad, las investigaciones parecen apuntar a una mayor influencia del sentido del humor en el bienestar psicológico más que en el bienestar físico (Martin, 2004). El gozar de alto sentido del humor, puede estar relacionado con una mejor calidad de vida y menor incidencia de enfermedades crónicas (como el cáncer) (Kuiper & Nicholl, 2004), aunque también existe evidencia de personas con alto sentido del humor y mayor consumo de alcohol y tabaco, comportamientos de riesgo y mayor mortalidad (Martin, 2001; 2004).

El uso del humor en pacientes con cáncer tiene un espacio privilegiado, como lo demuestran diversos estudios y testimonios del personal asistencial (Dean & Gregory, 2005; Penson, et. al, 2005; Wender, 1996). Al parecer, el uso positivo del humor facilita la comunicación de aspectos emocionales, reduce las tensiones, permite tolerar mejor el dolor y la situación de hospitalización, además de permitir una mejor adaptación a los cambios físicos asociados al tratamiento del cáncer. En estos pacientes, el uso del humor debe ser tomado con suma delicadeza, ya que, puede perjudicar emocionalmente al paciente y repercutir en su confianza y actitud frente a los tratamientos (Chapple & Ziebland, 2004; Joshua, Cotroneo & Clarke, 2005).

Paige (2002) realizó un estudio en 9 mujeres con cáncer de mama de un grupo de ayuda en Texas-EEUU. En su investigación, identificó al humor como un importante factor en el afrontamiento al cáncer de mama, el cual, permitiría una mayor vivencia de la espiritualidad jugando un rol importante en el significado y el propósito de vida.

Aartad, Aarstad, Heimdal y Olofsson (2005) en un estudio con pacientes del departamento médico de Cabeza y Cuello del Hospital de la Universidad de Haukeland en Bergen-Noruega hallaron que el sentido del humor era un buen predictor de la calidad de vida y de los estados depresivos años después del diagnóstico. La habitual sensibilidad al humor o la tendencia a reconocer el humor en diversas situaciones se asociaba a bajos niveles de depresión en el tiempo venidero; mientras que la tendencia a disfrutar las

situaciones cómicas parece predecir bajos niveles de calidad de vida relacionada a la sintomatología del cáncer de cabeza y cuello (Svebak, 1974 en Martin, 2003).

Los estilos de humor descritos por Rod Martin son definidos, como vimos, a partir de su influencia, positiva o negativa, en las relaciones interpersonales. Otra explicación frente a las relaciones halladas entre los estilos adaptativos de humor y la depresión es que dichos estilos facilitan estar en contacto con un mayor número de personas (Erickson & Feldstein, 2007), lo cual, podría estar dotando al paciente de un mayor soporte social (Hampes, 2005). Sucede lo contrario, como pudimos apreciar, con los estilos desadaptativos de humor (Martin, et al, 2003). Por otro lado, El estilo de mejoramiento personal y el estilo de afiliación estarían relacionados al incremento del soporte social y, de esta manera, contribuirían al bienestar psicológico del paciente con cáncer. Ambos estilos de humor adaptativos se relacionan con sentimientos de alegría, alta autoestima y bienestar psicológico, además de tener un impacto importante para disminuir los efectos del estrés (Erickson & Feldstein, 2007; Kuiper & McHale, 2009; Saroglou & Scariot, 2002)

Todos los estudios hacen hincapié en la importancia de velar por el bienestar psicológico de los pacientes oncológicos, en especial, de pacientes mujeres, ya que evidencian mayores niveles de distrés emocional en comparación a los hombres (Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskivaara & Hietanen, 2007). Los estilos de humor parecen ser sensibles, también, al género del individuo. Martin et al. (2003) encuentra que los hombres puntúan más alto que las mujeres en los estilos agresivo y descalificación personal, ambos estilos desadaptativos. Es posible, entonces, que el género pueda constituirse como un factor de riesgo o protección ante una situación que produzca distrés emocional.

Podemos apreciar, por la literatura revisada, que los estilos de humor pueden asociarse con los síntomas de la depresión en los pacientes con cáncer (Capps, 2006; Edwards & Martin, 2010; Erickson & Feldstein, 2007; Kuiper & Harris, 2009; Martin, et. al, 2003; Payne & Lengacher, 2006; Rezan, 2007;). Sin embargo, En nuestro medio, muy pocas investigaciones se han pronunciado sobre el tema del humor y sus efectos en la depresión, y menos en población con cáncer de mama. Al ser esta una población muy afectada por los síntomas depresivos que pudieran experimentar, y entendiendo las repercusiones nocivas para el bienestar físico y psicológico de esta enfermedad, creemos importante profundizar en el estudio del humor como variable asociada a la depresión.

Por ello, se espera encontrar relaciones positivas entre la sintomatología depresiva con los estilos maladaptativos de humor (agresivo y descalificación personal) y relaciones

negativas entre la sintomatología depresiva con los estilos adaptativos de humor (afiliativo y mejoramiento personal) en una muestra de pacientes con cáncer de mama. Los objetivos específicos son los siguientes:

- Analizar si existen diferencias en los estilos de humor de acuerdo a las variables sociodemográficas y médicas de las pacientes con cáncer de mama..
- Describir los niveles de sintomatología depresiva de acuerdo a las variables sociodemográficas y los datos relacionados al cáncer en las pacientes con cáncer de mama.





MÉTODO

Participantes:

La población del presente estudio está conformada por mujeres adultas, con el diagnóstico de cáncer de mama efectuado hace más de 3 meses en un centro especializado en cáncer. Se excluyó a las pacientes con más de un diagnóstico de cáncer y/o en estadio IV.

Los datos de las pacientes se obtuvieron a partir de una ficha de datos Socio-demográficos y aspectos relacionados al cáncer. La Ficha fue construida específicamente para la investigación, tomando en cuenta las características de las participantes y de la situación de aplicación.

Se evaluó un total de 48 pacientes mujeres con edades entre los 37 y 64 años, con una media de 51.7 años (D.E.= 6.2). Se observó que la mayoría de participantes provienen de distintas provincias del Perú (58,8%). En relación al lugar de residencia, vemos que el 74.5% vive en Lima.

El mayor número de pacientes ha terminado la secundaria (56.3%), mientras que las pacientes con estudios superiores y/o técnicos completos representan el 18.7%. En relación a la ocupación de las pacientes, encontramos que, actualmente, las que trabajan son menos en relación a las que cumplen la función de ama de casa (34.8% y 65.2%, correspondientemente). Sobre el estado civil, el 52.1% de las pacientes es casada y el 12.5% convive con su pareja. Las pacientes solteras representan el 22.9% y un 12.5% se dividen en viudas, separadas y divorciadas.

Analizando las variables relacionadas al cáncer, en relación al tiempo del primer diagnóstico, encontramos que alrededor del 13% de las pacientes recibió su primer diagnóstico de cáncer de mama hace menos de 6 meses. En la muestra, un mayor número de pacientes ha sido diagnosticado por encima de los 2 años, contando con un grupo considerable de pacientes cuyos diagnósticos exceden los 6 años (16,7%).

Sobre el estadio clínico de las pacientes, tanto el estadio I y II se consideran estadios tempranos, mientras que los estadios III son intermedios. Observamos que un 12.5% de las pacientes no recuerda su estadio clínico y una sola paciente presenta un cáncer en estadio IV, quién no fue considerada para los análisis correspondientes.

En cuanto a si reciben o no tratamientos médicos, aparte de los recibidos por la enfermedad del cáncer, un 68,2% de los pacientes que sufren alguna enfermedad reciben tratamientos adicionales.

Concerniente a los tratamientos recibidos, observamos que el 83.3% de la muestra ha recibido algún tipo de cirugía. Además, vemos que la cirugía que ha sido más utilizada en la muestra es la mastectomía radical constituyendo el 58.3% de la muestra. Sobre los demás tratamientos, resaltar que la quimioterapia es el tratamiento que más ha sido administrado a las pacientes.

Referente a las veces que las pacientes han sido hospitalizadas, observamos que la mayoría han sido hospitalizadas dos o tres veces (56.4%). Por lo general, las pacientes refieren haber sido hospitalizadas sólo para la cirugía y por circunstancias propias del post-operatorio (43.6%). Teóricamente, no es necesaria la hospitalización de las pacientes con cáncer a no ser que hayan sufrido una recaída o necesiten la administración de algún tratamiento que requiera cuidados especiales (por ejemplo, quimioterapias muy fuertes o radioterapias de larga duración).

Por último, encontramos que la mayoría de pacientes con cáncer de mama tienen o han tenido algún familiar con cáncer (62.5%). Por lo general, dichos familiares son parte de la familia extensa de la paciente (tíos, primos, abuelos, bisabuelas, hermanos).

Medición:

Los instrumentos empleados en la presente investigación son el Cuestionario de Estilos de Humor (Martin, et. al, 2003) y el Inventario de Depresión de Beck-II (Beck, Steer & Brown, 1996).

Estilos de Humor

La variable estilos de humor se define como los modos característicos de emplear el sentido del humor, partiendo de sus funciones interpersonales e intrapsíquicas, relacionadas al bienestar psicosocial, que sirven a los individuos en la vida diaria. Los estilos de humor fueron medidos a través del Cuestionario de Estilos de Humor (CEH) de Martin et. al. (2003), prueba que consta de 32 ítems de auto-reporte con escala Likert de 7 puntos (desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo) que describe cuatro estilos de humor, 2 adaptativos y 2 desadaptativos. Los estilos de humor medidos por la

prueba son: estilo de afiliación y mejoramiento personal; y, el estilo agresivo y el de descalificación personal.

En relación a la confiabilidad de la prueba esta no es total sino para cada escala, y los puntajes van de un alfa de Cronbach de 0,77 hasta 0,81. Las intercorrelaciones entre las cuatro escalas es, por lo general, muy baja, indicando que las medidas de cada dimensión son relativamente distintas una de otra.

Se utilizó la *validez cruzada* como forma de replicar la estructura de cuatro factores, con dos grupos adicionales: alumnos universitarios y adultos de la población general. Un total de 452 participantes (177 hombres y 275 mujeres) fueron designados para dicha validación, la cual, respaldó, sólidamente, la solución de cuatro factores. Los cuatro primeros factores obtuvieron puntajes mayores a 2 representando el 44.8% de la varianza. El coeficiente de congruencia entre ambos grupos fue de .97 para todos los factores, indicando un muy alto grado de similitud entre los dos grupos. Al comparar las muestras según sexo, también se obtuvo una idéntica estructura factorial (coeficientes de congruencia $>.97$).

Se realizó un *análisis factorial confirmatorio* usando la máxima estimación posible (AMOS 4.0) con la data de todos los participantes que habían completado el conjunto final de 32 ítems ($n=1195$). Se testeó el modelo de cuatro factores, con las cuatro escalas como variables latentes y 8 ítems como indicadores de cada variable latente. Los resultados indicaron un buen ajuste con la data. La regresión de los 32 ítems en cada escala obtuvo un promedio global de .93. La variable latente estilo de afiliación tuvo una covariación de .34 y .30 con el mejoramiento personal y el agresivo, correspondientemente, y la covarianza entre las variables latentes estilo agresivo y descalificación personal fue de .36. Otras covariaciones con las variables latentes tuvieron resultados menores a .07.

La adaptación y traducción en español fue realizada por Cayssials y Pérez (2005). La validación se realizó en población argentina, en un grupo de 800 personas entre los 22 y 60 años. La confiabilidad se evaluó a través del Alpha de Cronbach, el cual, resultó significativo (0,75). A través análisis factorial (análisis de componentes principales con el método de Varimax) hallaron cuatro factores que explican el 37% de la varianza. El primer componente explicó el 47%; el segundo el 9,2%; el tercero el 6,3%; y el cuarto, el 6,2%. Dicha estructura factorial hallada permite afirmar la validez de la hipótesis teórica de los cuatro estilos de sentido del humor.

En Perú, Cassaretto y Martínez (2009) realizaron la validación del instrumento. Para ello, se aplicó a un total de 315 estudiantes universitarios, cuyas edades fluctuaron entre los 16 y 28 años. Se trabajó con la versión argentina de Cayssials y Pérez (2005) en la que fue necesario modificar la redacción de 4 ítems (2, 3, 20 y 28) para adecuarlos al contexto peruano, a partir de la consulta con dos lingüistas. La confiabilidad en todas las escalas del humor fueron adecuadas: afiliación (0,73); mejoramiento personal (0,78); agresiva (0,73); y descalificación personal (0,64). Se neutralizaron 4 ítems en total, dos en la escala mejoramiento personal (22 y 30) y dos en la escala descalificación personal (16 y 28). Luego, se llevó a cabo un nuevo análisis factorial con rotación Varimax y se alcanzó una varianza total explicada de 42.94%, superior a la hallada en un análisis previo (39.62%) a la neutralización de dichos ítems. Se realizó luego el análisis correlacional entre las diferentes escalas del instrumento, se encontraron correlaciones altas entre afiliación y mejoramiento personal por un lado, y entre agresividad y descalificación personal por el otro, lo que confirmó la presencia de dos dimensiones bien definidas.

En la presente investigación, se neutralizaron los ítems 16, 22, 28 y 30, al igual que en la validación en población peruana. Se halló una consistencia interna adecuada en cada una de las escalas del humor (Af .58; MP .69; Ag .51 y DP .40). Se puede apreciar que las escalas de humor positivo (afiliación y mejoramiento Personal) presentan mayor confiabilidad interna que las escalas de humor negativo, lo cual, coincide con los resultados de Cassaretto y Martínez (2009) en población peruana. Asimismo, la escala descalificación personal también fue la que obtuvo la asociación más baja en relación a las demás escalas de humor.

Depresión

La depresión es definida como el conjunto de síntomas, tanto físicos como psicológicos, que representan un cambio respecto a la actividad previa del individuo (2 semanas atrás) por su gravedad. Estos síntomas, por lo general, se asocian a un estado de ánimo depresivo o a la pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Para medir la sintomatología depresiva se utilizó el *Inventario de Depresión de Beck -II* (Beck, Steer & Brown, 1996), prueba que consta de 21 reactivos cuyo propósito es medir las actitudes y síntomas específicos que son constantes en la depresión. Asimismo, pretende identificar niveles de depresión (Bernal, 1995). Es una prueba enfocada en adultos y adolescentes, desde la edad de 13 años hacia adelante. La puntuación total fluctúa entre 0 y 63; a mayor puntuación total en el Inventario, mayor es

la sintomatología depresiva. En esta investigación, la atención se focalizó en identificar la sintomatología depresiva y asignar al paciente un indicador de su nivel de depresión (alto, moderado, bajo), mas no otorgarle una categoría diagnóstica.

Las categorías sintomatológicas en las cuales se basa la prueba son: humor, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de satisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de merecer un castigo, autodesprecio, autoacusaciones, ideas suicidas, tendencia al llanto, irritabilidad, aislamiento, indecisión, distorsión de la imagen corporal, disminución de la actividad, trastornos de sueño, fatigabilidad, trastornos de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de libido. La prueba obtuvo una buena consistencia interna ($\alpha = 0,92$), tanto en muestras clínicas como no-clínicas.

El BDI-II es una prueba ampliamente usada en población hispano hablante, tanto en Argentina (Brenlla & Rodríguez, 2006), España (Sanz, Navarro & Vásquez, 2003) como Perú (Alcántara, 2008; Rodríguez, 2008) ha demostrado su validez y confiabilidad. En Latinoamérica es la prueba de mayor uso para el diagnóstico de sintomatología depresiva. En Argentina, Brenlla & Rodríguez (2006), adaptaron la prueba con fines clínicos, por lo que, hicieron énfasis en la sensibilidad antes que en su especificidad. Es decir, adoptaron un umbral más bajo para detectar la depresión con el fin de disminuir la probabilidad de falsos positivos. Por lo tanto, los puntos de corte que se establecieron clasifican la puntuación total de 0 a 13, perteneciente al rango de depresión mínima; 14 – 19 dentro del rango de depresión leve; 20 – 28 en la categoría de depresión moderada y de 29 – 63 correspondiente a un nivel de depresión severo. El Alfa de Cronbach fue de .88 para pacientes y de .86 para el grupo de comparación. En la población general, la correlación también fue significativa entre ambas mediciones ($r=0,86$), lo cual, demuestra su estabilidad en el tiempo.

En población peruana, el BDI-II, ha sido utilizado para los Estudios Epidemiológicos del Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, (2002). Rodriguez (2008) utilizó la prueba para su investigación en población adolescente (universitarios y pre-universitarios), obteniendo una alta consistencia interna y un Alfa de Cronbach de 0.91. El factor 1 obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.87 y el factor 2 de 0.80. Alcántara (2008) en una investigación con pacientes con VIH obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,94. Ambas investigaciones utilizaron la adaptación argentina, tanto por su énfasis en el trabajo con pacientes como por su alta confiabilidad y validez.

Para la presente investigación, se analizó la confiabilidad por consistencia interna del IDB-II y se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,89. En el análisis de la capacidad

discriminativa de los ítemes a partir de las correlaciones ítem-test los coeficientes obtenidos fluctuaron entre 0,26 y 0,75.

Asimismo, se utilizó un modelo de dos factores –Cognitivo-afectivo y Somático- debido que al tratar con pacientes con cáncer de mama era necesario evaluar si había un traslape de la condición física con los síntomas somáticos propios de la depresión. La confiabilidad por consistencia interna del factor Cognitivo-Afectivo, arrojó un Alfa de Cronbach de 0,87 con correlaciones ítem/test mayores a 0,29. En relación al factor Somático, el Alfa de Cronbach fue de 0,63 correlaciones ítem-test mayor 0,35.

Procedimiento:

El contacto con la institución y con los participantes se realizó a partir del trabajo clínico del investigador en el centro especializado en cáncer. Se aplicaron 3 pruebas piloto con el objetivo de explorar la comprensión de los ítemes y del funcionamiento de las alternativas de respuestas de las pruebas. Las aplicaciones se realizaron entre los meses de setiembre a noviembre del 2009. El contacto con las pacientes se realizó de dos maneras: a través de la coordinadora del Club de la Mama; y, por medio de los doctores encargados de las jefaturas de los departamentos de Tumores Mixtos y Medicina. A cada paciente se le explicó verbalmente los fines de la investigación y su carácter anónimo y voluntario, siendo luego invitados a leer y firmar el consentimiento informado. Autorizada su participación se les aplicó la ficha socio-demográfica, el CEH y el IDB-II. Durante la aplicación, el investigador acompañó el desarrollo de la misma para absolver posibles dudas.

Para calcular la normalidad de las puntuaciones, tanto de la CEH y del IDB-II, se aplicó el test de Shapiro-Wilk, recomendado para muestras menores de 50 sujetos. Las escalas humor de afiliación y descalificación personal presentaron distribución normal y las escalas de humor mejoramiento personal y agresivo presentaron distribución no normal del CEH. Asimismo, las puntuaciones del IDB-II se distribuyen de forma normal. Luego de hacer un análisis descriptivo de la muestra se procedió, en relación a los datos obtenidos del análisis de normalidad, a comparar las puntuaciones de las pruebas administradas con las variables de la ficha sociodemográfica. Se utilizó el estadístico t-student para muestras independientes para las categorías con distribución normal y la U de Mann Whitney para muestras independientes para la categoría con distribución no normal..

Por último, se realizó un análisis de correlación entre los estilos de humor y la depresión mediante el coeficiente de Pearson. Los resultados fueron analizados bajo el criterio de Cohen para determinar el tipo de correlación y la significancia de la misma.





RESULTADOS

En el presente capítulo se expondrán los resultados obtenidos a partir de los objetivos de la investigación

En relación al Cuestionario de Estilos de Humor (CEH) los puntajes obtenidos se ubican entre 38,7 y 21,3. Observamos que la escala mejoramiento personal obtuvo el promedio más alto, seguido por el Humor de afiliación. Finalmente, el Humor agresivo obtuvo la media más baja de los cuatro estilos de humor (Gráfico 1)

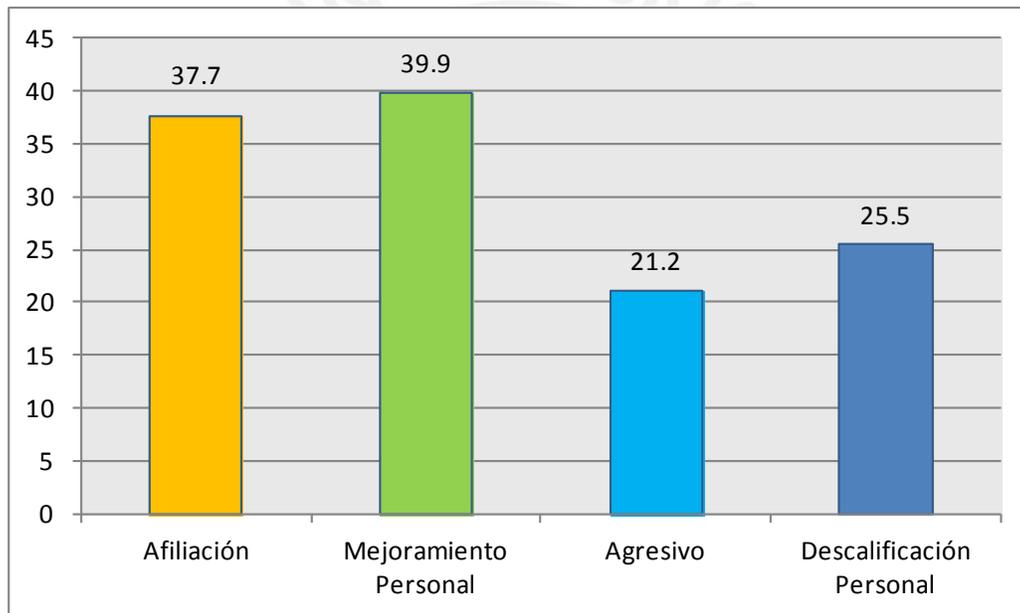


Gráfico 1: *Descripción de los Estilos de Humor*

Con el fin de comparar los estilos de humor y las variables sociodemográficas fue necesario estimar la normalidad estadística de la muestra, para ello se usó el análisis Shapiro-Wilk recomendado para muestras menores a 50 (N=48). Se pudo comprobar que la distribución de la muestra es normal para las escalas de afiliación y descalificación personal, por lo que, el estadístico elegido para estas es la t-student para muestras independientes. La escala de humor mejoramiento personal y agresivo tienen una distribución no normal por lo que se usará la U de Mann Whitney para muestras

independientes (estadístico no paramétrico). Ambos estadísticos nos permitirán estimar la probabilidad de que los promedios encontrados correspondan a la población en cuestión.

Se hicieron comparaciones entre los estilos de humor y las variables sociodemográficas y ciertos aspectos relacionados al cáncer de mama. Las variables sociodemográficas evaluadas fueron: edad, estado civil, lugar de procedencia, grado de instrucción y ocupación.

Según la ocupación de las pacientes se encontró diferencias significativas en relación al estilo de humor agresivo. Las pacientes con cáncer de mama que se dedican a las labores del hogar (amas de casa) usan más el humor para denigrar y rebajar al otro en comparación a las pacientes que son contratadas o que trabajan de forma independiente (Tabla 1)

Tabla 1
Diferencias entre el Estilo de humor agresivo de acuerdo a la ocupación (N=46)

Variable sociodemográfica		M	D.E.	U
Ocupación	Ama de casa	24.30	6.27	151.5*
	Empleadas/ Independiente	23.13	6.48	

*<.05

Resultó llamativo que ninguna otra variable sociodemográfica generara diferencias significativas en relación a los estilos de humor.

Por otro lado, las variables evaluadas, relacionadas al cáncer de mama, fueron: tiempo de diagnóstico, estadio clínico, tratamientos recibidos, hospitalizaciones y antecedentes familiares de cáncer. También se midió si las participantes sufrían alguna enfermedad además del cáncer.

Observamos que el estadio clínico que las pacientes refirieron guarda relación con el estilo de descalificación personal. Las pacientes con estadios intermedios (III) utilizan más el humor de descalificación personal y así consiguen la aprobación de los demás, más que las pacientes en estadios tempranos (cero, I y II). (Tabla 2)

Tabla 2:
Diferencias entre el estilo de humor descalificación personal de acuerdo al estadio clínico (N=41)

Variable relacionada al cáncer		M	D.E.	T
Estadio Clínico	Tempranos	22.07	6.11	-2.69*
	Intermedios	27.36	5.69	

*<.05

A su vez, podemos observar que recibir hormonoterapia (ht) muestra diferencias significativas en la escala mejoramiento personal. Las pacientes que refieren no haber recibido hormonoterapia como tratamiento para el cáncer de mama mantienen, en mayor medida, una actitud humorística de la vida y utilizan el humor como estrategia de afrontamiento en comparación de las pacientes que sí recibieron dicho tratamiento.

Tabla 3:
Estilo de humor mejoramiento personal y variables relacionadas al cáncer (N=48)

Variables relacionadas al cáncer de mama		M	D.E.	U
Tratamiento	Con hormonoterapia	37.52	4,45	186.0*
	Sin hormonoterapia	41.82	7.68	
Enfermedad adicional al cáncer	Con enfermedad	42.30	4.81	177.0*
	Sin enfermedad	38.25	6.88	

*p<,05

Por último, el sufrir alguna enfermedad o dolencia de forma paralela al cáncer de mama muestra diferencias significativas en relación a la escala mejoramiento personal. Las pacientes que no sufren alguna otra enfermedad o dolencia aparte del cáncer tienden más a tener una actitud humorística de la vida que las pacientes que si las padecen (Tabla 3).

Luego de realizar las comparaciones correspondientes con la escala de estilos humor (CEH), se hizo lo propio con el Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II). El puntaje mínimo registrado fue de 0 y el máximo de 48. Podemos apreciar que la mayoría de pacientes presenta cierto grado de depresión, aunque son pocas las que están en

riesgo de desencadenar un Trastorno Depresivo Mayor. Es llamativo que, aproximadamente, la tercera parte de la muestra no presente sintomatología depresiva (Gráfico 2)

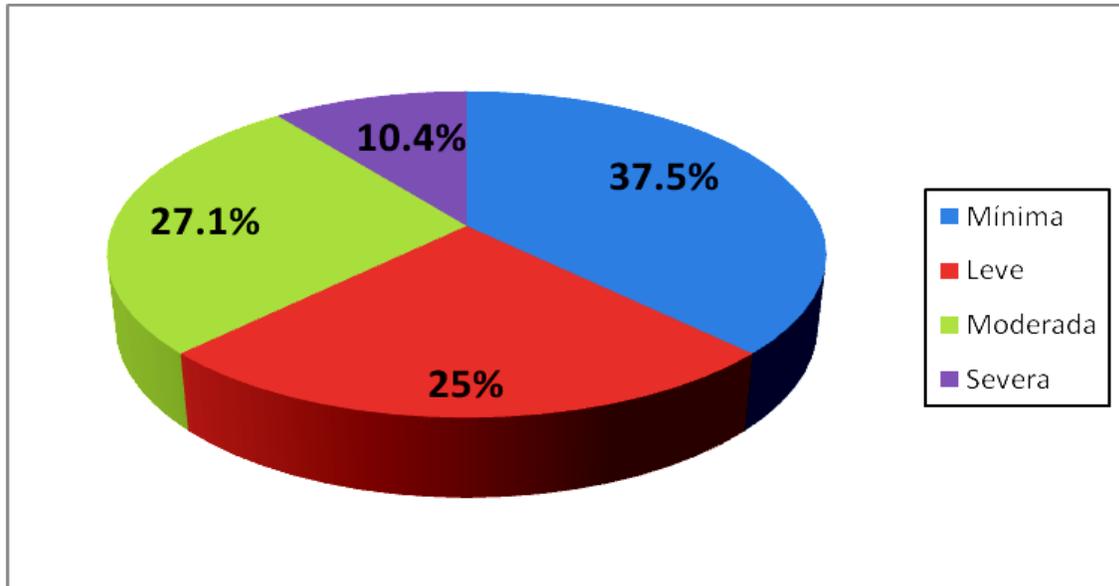


Gráfico 2: Descripción de los Niveles de Depresión en Porcentaje (N=48).

Para poder comparar los puntajes hallados en el IDB-II seguimos el mismo procedimiento realizado para el CEH. Se utilizó el análisis Shapiro-Wilk para muestras menores a 50 (N=48) y se comprobó la distribución normal de la muestra. Por ello, para el análisis de comparación de medias se utilizó la t-student para muestras independientes y, de esta manera, calcular que los promedios hallados correspondan a la población en cuestión.

En relación a las variables sociodemográficas, se observa que las variables ocupación y grado de instrucción muestran diferencias significativas en relación a la sintomatología depresiva. Las pacientes que se dedican a labores del hogar (ama de casa) presentan mayores niveles de depresión en comparación a las que trabajan fuera del hogar. Por su parte, las pacientes con estudios superiores presentan menos síntomas depresivos que las pacientes con sólo estudios escolares (Tabla 9).

Tabla 4
Diferencias entre variables sociodemográficas y sintomatología depresiva

Variables Sociodemográficas		N	Media	D.E.	t
Ocupación	Ama de casa	46	19.93	11.43	3.54***
	Contratada/ Independiente		10.63	6.40	
Grado de Instrucción	Escolar	48	20.81	10.05	4.23***
	Técnico/ Superior		9.18	7.04	
Hospitalización	Con Hospitalización	48	17.51	11.07	-2.55*
	Sin Hospitalización		11.60	4.90	

*** $p < .001$, * $p < .05$

Al contrastar los puntajes de depresión con las variables relacionadas al cáncer de mama, encontramos diferencias significativas con relación a la variable hospitalización. Las pacientes que han sido hospitalizadas por lo menos una vez en relación al cáncer de mama, ya sea, por algún tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia) o por alguna recaída, presentan mayores niveles de sintomatología depresiva que las pacientes que no han sido hospitalizadas por el cáncer de mama (Tabla 4).

Luego de describir el comportamiento de ambas variables (CEH y BDI-II) en relación a las variables sociodemográficas y referidas al cáncer de mama, se procedió a analizar las correlaciones entre los estilos de humor y la sintomatología depresiva. Se utilizó el análisis de correlación de Pearson para encontrar diferencias significativas entre ambas variables.

Se asumieron hipótesis previas sobre la relación positiva de los estilos desadaptativos de humor y la sintomatología depresiva, y la relación negativa de los estilos adaptativos de humor y la sintomatología depresiva. Los resultados muestran que tanto el estilo de afiliación y el agresivo se asocian a la presencia de síntomas depresivos, influyendo en diferentes dimensiones de la depresión (Tabla 5)

Tabla 5:
Correlaciones entre el HSQ y el BDI-II (N=48)

Estilos de Humor	Depresión Global	Factor Cognitivo-Afectivo	Factor Somático
De Afiliación	-.317* (.014)	-.365** (.005)	-.161 (.137)
Mejoramiento Personal	.044 (.383)	-.011 (.469)	.141 (.170)
Agresivo	.257* (.039)	.188 (.100)	.303* (.018)
Descalificación Personal	.228 (.060)	.193 (.094)	.186 (.103)

*<.05, **<.01

De manera global, el humor de afiliación correlaciona de forma moderada y negativa con la depresión y encontramos que su expresión más importante ocurre en los pensamientos y emociones relacionadas al cuadro depresivo.

Por otro lado, el estilo agresivo correlaciona con la depresión global de forma moderada y positiva, y se asocia más a las repercusiones somáticas de la depresión.

DISCUSIÓN

Las bondades del humor han sido ampliamente documentadas a lo largo de las últimas décadas y, a la fecha, la información recogida por los investigadores sigue abriendo oportunidades y nuevos entendimientos de un fenómeno que, por su naturaleza compleja y lúdica, ha camuflado sus atributos positivos y negativos para el bienestar y el afronte del estrés.

En nuestra investigación, las dimensiones del CEH muestran una adecuada confiabilidad, entre .42 y .66, ligeramente por debajo de la obtenida en la validación del instrumento. Es probable que dichos resultados sean producto del reducido número de muestra, así como de la situación particular que atraviesan las pacientes. Asimismo, la escala descalificación personal es la que tiene la menor confiabilidad, hallazgo similar en evaluaciones en muestras canadienses, norteamericanas, argentinas, belgas, venezolanas y peruanas. Esto último, nos permite inferir que aún hacen falta mayores investigaciones que permitan pulir y especificar de forma más precisa los aspectos perjudiciales del humor para el bienestar.

Por otro lado, coincidentemente con el estudio de Cassaretto y Martínez (2009) se halla que los 4 ítemes con problemas en su funcionamiento psicométrico y, por tanto, neutralizados, también presentan dificultades en la muestra seleccionada para el presente estudio. Lo que hace pensar que puede existir un componente cultural involucrado en los procesos interpersonales relacionados al sentido del humor.

En líneas generales, el CEH es un instrumento que ha demostrado su consistencia y fiabilidad en la medición del humor en población peruana y en pacientes con cáncer de mama. Asimismo, es necesario revisar los contenidos de algunos ítemes relacionados al establecimiento de relaciones interpersonales a partir del humor, intentando adaptar los ítemes a las necesidades afectivas y sociales particulares de las pacientes con cáncer.

Entrando ahora a los objetivos puntuales de nuestra investigación, hemos podido comprobar que existen varias relaciones entre algunos de los estilos del humor y los componentes de la sintomatología depresiva, con lo cual, se apoya los aportes de varias investigaciones que, varios años atrás, comenzaron a perfilar y a especificar el constructo del sentido del humor y su asociación con la depresión.

Según los resultados, la dimensión del humor que fomenta y da fluidez a las relaciones sociales, humor de afiliación, está asociada de forma inversa con los síntomas depresivos. Al parecer, este estilo de humor, en particular, podría estar cumpliendo un rol importante, ya que, podría influir de forma negativa la presencia de depresión en las pacientes con cáncer de mama. Como se esperaba, los resultados concuerdan con investigaciones recientes (Edwards & Martin, 2010; Kuiper & Harris, 2009), quienes encuentran relaciones negativas entre los estilos adaptativos del humor y la depresión y la ansiedad.

Una de las posibles razones por las cuales el humor parece cumplir un rol distinto en la disminución de la depresión es que podría influir en la aparición de otras variables positivas que tienen un impacto más directo en los pensamientos y actitudes de las personas deprimidas. Esta perspectiva concuerda con el planteamiento de Cann y Etzel (2008), quienes piensan que el humor es una característica que media entre los atributos positivos de personalidad (optimismo, felicidad y esperanza) y los eventos potencialmente estresantes. De esta forma, el sentido del humor afecta la evaluación cognitiva que hace el individuo de estos eventos y genera un tipo de expectativas respecto a ellos. Si la paciente cuenta con optimismo, felicidad y esperanza, es muy probable que use su humor para enfrentar esos estresores, ya que, las personas con estilos positivos del humor tendrán expectativas positivas ante estas situaciones, ocurre lo contrario cuando tienen estilos negativos de humor.

Las repercusiones más importantes que el estilo de afiliación supuestamente muestra en la sintomatología depresiva ocurren a nivel de los pensamientos y emociones. De esta forma, es posible que el uso de un humor de afiliación favorece a un mejor o a una mayor calidad de las relaciones interpersonales (Erickson & Feldstein, 2007; Kuiper, et al, 2004; Kuiper & McHale, 2009; Martín, et al., 2003). De esta manera, se espera que las relaciones sociales satisfactorias pudieran estar funcionando como mediadoras de los efectos nocivos de los esquemas depresógenos y de los afectos negativos asociados a la depresión en las pacientes con cáncer de mama. Es probable que el aumento y la facilitación de vínculos interpersonales estén repercutiendo en la flexibilización y permeabilidad de los esquemas depresógenos, además de disminuir los errores sistemáticos como la sobregeneralización y las inferencias arbitrarias, entre otros (Beck & Clark, 1988; Saravia, 2000)

La relación hallada entre el estilo de humor de afiliación y la depresión parece estar asociada al constructo soporte social y a su influencia en la depresión (Baider, Ever-

Hadani, Goldzweig, Wygoda & Peretz, 2003; Lepore, 2001; Lepore, Glaser & Roberts, 2008; Lepore & Revenson, 2007; Robles et al, 2009). A pesar de que la evidencia empírica respalda una relación positiva entre ambos constructos (Baider, Ever-Hadani, Goldzweig, Wygoda & Peretz, 2003; Lepore, 2001; Lepore & Revenson, 2007; Robles et al, 2009), dicha relación no siempre resulta en una menor depresión, como menciona Lepore, et al. (2008) quienes encuentran que pacientes con cáncer de mama que presentan mayor distrés reciben mayor soporte social, además de tener consecuencias negativas en la autoestima y en el afecto. Estas consecuencias negativas ocurren cuando se transmiten mensajes de vulnerabilidad y dependencia, ó inequidad en las relaciones. El mismo autor concluye que es importante la reciprocidad en la relación con las personas que brindan el soporte social (Gleason, Lida, Bolger & Shrout, 2003), ya que previene o mitiga cualquier sentimiento negativo y establece equidad en la relación.

El estilo de humor de afiliación permite que las personas generen mayor número de relaciones sociales, además de facilitar las relaciones interpersonales haciendo más sencillo el paso a relaciones más íntimas y satisfactorias. Además, el uso de este estilo de humor está relacionado a una mayor autoestima y emociones y ánimos positivos (Martin, et. al, 2003). Especulamos que las relaciones que se establecen por el uso del humor de afiliación parecen tener cierto grado de reciprocidad en relación al impacto en la autoestima en ambas partes. Es posible que el estilo de humor de afiliación aminore el potencial efecto del estrés producto de la enfermedad al facilitar una red de soporte (de calidad) más amplia pero también más satisfactoria para estas pacientes.

Relacionado a pacientes con cáncer, específicamente, se ha dicho que la disponibilidad de soporte social influye sobre su supervivencia y sobre su calidad de vida (Fox, 1995; Helgeson et. al., 1998; Torres, 2011). Como posibles explicaciones para ello encontramos que el soporte social puede dotar a las pacientes de recursos que facilitan el acceso a los servicios de salud y la posibilidad que tengan mejores hábitos en cuanto al cuidado de la salud (Fox, 1995; Kimmel et. al, 1998); las diferencias en el soporte social pueden mediar los resultados en pacientes con cáncer, a través de cambios en el sistema inmune y de la adherencia a régimen de terapias; y, finalmente, las condiciones nutricionales más adecuadas para el tratamiento pueden ser más asequibles para quienes cuentan con mayores niveles de soporte social (Helgeson et. al, 1998; Fox, 1995 en Alarcon, 2006).

Entonces, observamos que la influencia social relacionada al estilo de humor de afiliación es clave para entender su asociación con la depresión. El supuesto

amortiguador de los efectos del estrés se materializa en un grupo de personas significativas que rodea a la paciente, brindándole compañía, afecto y soporte frente a la dura situación de enfermedad. Es importante en futuras investigaciones hacer hincapié en el tipo y formas de soporte social que el estilo de afiliación fomenta debido a la complejidad del constructo asociado al humor.

Por otro lado, encontramos la escala de humor agresivo que correlaciona de forma significativa con la medida de depresión global, además de correlacionar de forma positiva y moderada con los síntomas somáticos de la depresión. Estos resultados concuerdan con los resultados de investigaciones previas (Edwards & Martin, 2010; Kuiper & Harris, 2009) que asocian el estilo agresivo con la depresión.

Desde los usos interpersonales del humor, los estilos desadaptativos son considerados negativos en la medida que entorpecen las relaciones sociales y disminuyen la valoración y percepción de uno mismo siendo asociada a niveles altos de agresividad y hostilidad (Erickson & Feldstein, 2007; Martin, et. al, 2003). Específicamente, la hostilidad característica del estilo agresivo de humor parece influir de alguna manera en los síntomas físicos de la persona, tal como lo muestran algunas investigaciones (Helgeson, 1994; Kuiper & Harris, 2009; Miller et al, 1996 citado en Martin et al, 2003). Miller, et. al (1996 citado en Martin et. al, 2003) refiere que la ira crónica tiene un efecto negativo en la salud física. Encuentra que la hostilidad puede considerarse un factor de riesgo para enfermedades coronarias. Por su parte, Kuiper y Harris (2009) asocian el estilo de humor agresivo con estilos de afrontamiento perjudiciales para la salud que fomentan una mayor negación y una reducida habilidad para cambiar de perspectiva al momento de lidiar con síntomas físicos, aumentando la posibilidad de experimentarlos en mayor grado.

La asociación entre los estilos negativos de humor y los síntomas somáticos de la depresión, a nuestro entender, tienen como eje la existencia de afectos negativos que no han podido ser manejados (integrados) por el pensamiento y que son desplazados y expresados a través del cuerpo. Kuiper y Harris (2009) hallan que las personas que se caracterizan por tener elevados afectos negativos son más propensas de tener síntomas físicos y mayores preocupaciones en relación a enfermedades, al dolor, al impacto de los síntomas, a creencias hiponcondriacas, a sufrir fobia y miedo en relación a la muerte. Además, existe toda una línea de investigación en psicología de la salud que relaciona claramente afectos negativos intensos y constantes (posiblemente cólera) con un efecto negativo de la salud. Asimismo, la influencia de los estilos negativos fomentan el aislamiento psíquico y la reducción del contacto real con los demás, lo cual, como es

predecible, evita el poder ser reflejados por los otros y así reconocer malos hábitos o conductas dañinas para nuestro cuerpo (Lazarus & Lazarus, 2000; Barra, 2003a, 2003b; Cacioppo, 2003; Crossley & Morgado, 2004; Fredrickson, 2001; Mendoza & Mendoza, 2001; Nieto-Munuera, Abad, Albert & Arreal, 2003; Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000; Suinn, 2001; Valdés & De Flores, 1990)

A pesar que, teóricamente, es posible encontrar alguna explicación a los síntomas físicos de la depresión, la comorbilidad con los efectos secundarios de los tratamientos adyuvantes del cáncer de mama no nos permiten generar ninguna hipótesis de forma concreta. Lo que sí podemos afirmar es que los síntomas somáticos pueden agravarse y continuar afectando por un periodo mayor si ambos factores (estilos negativos y tratamientos adyuvantes) se combinan y se refuerzan mutuamente.

Podemos apreciar que tanto el estilo mejoramiento personal y descalificación personal no se asocian significativamente a la sintomatología depresiva. Curiosamente, el estilo de mayor presencia en la muestra de pacientes con cáncer de mama es el estilo de mejoramiento personal. A diferencia del humor de afiliación, este estilo de humor tiene un foco más intrapsíquico que interpersonal (Martin, et. al, 2003), por lo que, no se relaciona de igual manera que el humor de afiliación con la extraversión ni con el soporte social.

Por otro lado, es probable que al tener una muestra con niveles de depresión bajos-moderados la estrategia de afrontamiento predilecta por las pacientes en relación a los síntomas de la depresión no sea a través del humor. Esto refuerza el importante rol que juegan los otros significativos en el manejo de la depresión.

Por su parte, el estilo descalificación personal si bien mantiene una tendencia positiva en relación a la sintomatología depresiva, creemos que existe un factor cultural importante en la forma como utilizan el humor las pacientes peruanas, sobretudo, por la mayor presencia de mujeres proveniente de provincias. Esta es sólo una hipótesis que se desliga (en parte) de los hallazgos de menores niveles de confiabilidad en este estilo de humor en comparación a los otros en diferentes partes del mundo (Chen & Chen & Martin, 2007; Erickson & Feldstein, 2007; Kazarian & Martin, 2004; Lillo, 2006; Martin et al., 2003; Saroglou & Scariot, 2002)

En relación a las variables relacionadas al cáncer, vemos que varias de ellas guardan relación con los estilos de humor, lo cual, resulta importante, ya que, existe escasa evidencia al respecto.

El uso del estilo descalificación personal tiene por objetivo el reconocimiento de los demás pero a costa de la propia autoestima. Es una forma inadecuada y poco

constructiva de enfrentar los problemas, ya que, los esfuerzos están puestos en conseguir algo del otro que la persona no siente que puede darse a sí misma (Erickson & Feldstein, 2007; Klein & Kuiper, 2006; Martin, et. al, 2003). Encontramos que el tener un cáncer en estadios avanzados se asocia al poseer el humor de descalificación personal.

Es probable que la percepción de la cercanía a la muerte y/o la paulatina pérdida de funciones producto de los tratamientos para controlar el cáncer impliquen distintos procesos de duelo en las pacientes. El proceso de duelo frente a la pérdida de la salud y ante los posibles cambios futuros (en la imagen corporal y en los planes y proyectos personales) traerá consigo la percepción de estar la vida bajo amenaza y como resultado sobreviene la frustración y el dolor al ponerse en contacto con su fragilidad corporal (Balarezo, 2011).

Desde otra perspectiva, según Kubler-Ross (1969), la segunda etapa frente a la muerte es la ira, la cual, puede desplazarse en todas direcciones (hacia los demás, Dios, el destino, uno mismo, etc.) y sustituye a la negación inicial de la situación de enfermedad. La ira dirigida hacia uno mismo se da en forma de autorreproches, sentimientos de culpa y minusvalía, y frustración reiterada.

Posiblemente, las pacientes con cáncer en estadios avanzados no están siendo capaces de proyectar los componentes agresivos relacionados a la pérdida de la salud, siendo su yo, blanco de su propia agresión camuflada bajo el velo del humor. El uso del estilo descalificación personal en estas pacientes no estaría permitiendo la expresión adecuada del enojo debido, posiblemente, a los intensos sentimientos de culpa y minusvalía.

Por otro lado, encontramos que las personas que sufren alguna dolencia o enfermedad paralela al cáncer logran mantener una perspectiva humorística frente a sus problemas (estilo mejoramiento personal). Podemos especular que estas pacientes intentan no resignarse y prefieren vivir sonrientes que esperar cabizbajos lo inevitable. Es probable que parte de su motivación esté relacionada posiblemente a la confianza en los procedimientos médicos y en una visión optimista del futuro.

Torres (2011) refiere que las mujeres que tienen menos limitaciones causadas por su estado físico y emocional, se sienten mejor y son quienes mantienen una vida más activa. Por su parte, Laos (2010) relaciona el haber sufrido enfermedades distintas al cáncer a lo largo de la vida a la predisposición de experimentar dolor, siendo esta experiencia la que más deteriora la calidad de vida en una persona (Arbeláez & Velásquez, 2009).

A pesar de ello, las pacientes enfrentan esta situación manteniendo una actitud positiva y realista de la enfermedad. Especulamos que el tener enfermedades adicionales al cáncer mantiene a las pacientes conscientes y responsables de sus tratamientos, además, es posible que esta situación les permita recibir mayores cuidados (de sus familiares y del personal asistencial).

Encontramos, además, una curiosa asociación entre el estilo mejoramiento personal y la hormonoterapia. Esta relación es complicada de explicar con los datos recogidos en esta investigación, aunque pensamos que los síntomas propios del tratamiento (parecidos a los síntomas menstruales comunes) y la edad de las participantes (tratamiento exclusivo para pacientes post-menopáusicas) pueden estar influyendo de alguna manera en dicha relación. Asimismo, la hormonoterapia tiene efectos secundarios más leves que la quimioterapia, lo cual, podría permitir sobrellevar mejor el proceso de tratamiento.

Luego de revisar algunas investigaciones que no encontraban mayores diferencias entre el sentido del humor y variables sociodemográficas diferentes a la edad en pacientes con cáncer (Aartad et al, 2005), nos resultó llamativo hallar diferencias significativas en relación a la ocupación de las pacientes y el estilo de humor agresivo.

Encontramos que el mayor número de pacientes es ama de casa, labor que en nuestro país podría tener algunas connotaciones culturales distintas que en países europeos o norteamericanos. Observamos que dichas pacientes exhiben un humor más agresivo y hostil que las que son empleadas o trabajan de forma independiente. Estas pacientes permanecen gran parte del día dentro de sus casas realizando labores domésticas, lo cual, las distancia un poco del establecimiento de nuevas relaciones y del poder compartir con otros, entre otras cosas, la situación de enfermedad que atraviesan.

Torres (2011) señala que las pacientes que trabajan presentan menores limitaciones físicas que interfieren en su desempeño al realizar sus actividades cotidianas en comparación con las mujeres que se quedan en casa. Estas, a su vez, presentan un mayor grado de malestar emocional que interfiere en su trabajo y en sus actividades cotidianas en comparación con las mujeres que trabajan.

Laos (2010) encuentra que las pacientes con cáncer de mama ven afectado su desempeño y productividad tanto en el trabajo como en el hogar.

Para ampliar este punto es importante hacer alusión a los niveles de depresión encontrados en el grupo de amas de casa, el cual, presentó mayor sintomatología depresiva que el grupo de contratadas e independientes.

Es posible observar cierta correspondencia entre el estilo agresivo de humor y la depresión a través de la actividad que realiza la paciente, aunque es necesario investigar con mayor profundidad la naturaleza de esta ocupación para intentar explicar de forma precisa este hallazgo.

El estilo agresivo de humor predispone un funcionamiento social defectuoso, poco productivo y provechoso. Esto fomenta relaciones utilitarias y no recíprocas que impiden mayor proximidad e intimidad con los demás. La depresión puede acompañar este uso negativo del humor ya que la paciente puede no encontrar alivio ni soporte en sus relaciones interpersonales. Es posible que las amas de casa tengan menos oportunidad de conocer nuevas personas y establecer lazos íntimos con ellas que las pacientes que trabajan fuera de casa. Como también es probable que al no generar ingresos su actividad se pueda ver aminorada y sea poco reconocida por los demás.

Antes de entrar a discutir los resultados relacionados a la depresión, es trascendente mencionar que la ligazón entre cáncer y depresión existe, pero uno no condiciona al otro necesariamente. Beck (1983) refiere que aún los eventos más desagradables de la vida no conducen directamente a una depresión, sino que la persona tiene que estar especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva.

Sobre la prevalencia de la sintomatología depresiva en la muestra evaluada, encontramos que, de forma similar que en investigaciones previas sobre enfermedades crónicas y cáncer en población peruana (Alcántara, 2008; Soto, 2010), los niveles de depresión moderados y severos fluctúan entre 27,1% y 10,4%, correspondientemente. Este dato nos debe alertar de la situación de riesgo que atraviesan estas pacientes, sobretodo, por el correlato de este trastorno en la mortalidad (Hjerl et. al, 2003; Satin, Linden & Phillips, 2009) y en la progresión negativa de la enfermedad (Chochinov, 2001; Fernández et. al, 2011; Fox, 1995; Kimmel et. al, 2000; Reiche, Nunes & Morimoto, 2004)

Un dato importante que corresponde a la prevalencia de la depresión es el nivel socio-económico de la muestra evaluada. Por medidas del centro especializado en cáncer donde se realizó la investigación, la mayor cantidad de la muestra fueron pacientes ambulatorios de la zona del hospital. Esta zona del centro reúne pacientes de estratos económicos medio-bajos, bajos y extrema pobreza. Salas y Grisales (2010) encuentran en una muestra de pacientes con cáncer de mama en Antioquía-Colombia, que pertenecer a los estratos socioeconómicos altos y tener un mayor nivel educativo resultan

en una mejor calidad de vida. Resultados similares fueron documentados en población brasilera (Huguet, Morais, Osis, Pinto-Nieto & Gurgel, 2009).

En nuestra investigación, las pacientes con grado de instrucción escolar (primaria y/o secundaria) presentan mayores niveles de depresión que las pacientes con estudios técnicos y/o universitarios. Es posible, que las pacientes más instruidas consigan más rápido un buen trabajo, dispongan de más recursos intelectuales para resolver problemas y contribuya a una mejor comprensión de la enfermedad en tanto cuenta con escasa información al respecto. A su vez, continua siendo difícil para el personal de salud comunicarse con personas con un nivel de instrucción bajo o con diferencias culturales, como en este caso, que el mayor porcentaje de la muestra proviene de provincia.

Torres (2011) encuentra que las pacientes con secundaria completa presentan mayor grado de malestar emocional que las que siguieron una carrera posterior o quienes no terminaron el colegio, hallazgo que difiere de lo esperado que asocia mayores niveles de escolaridad con un nivel más elevado de calidad de vida (Salas & Grisales, 2010).

Laos (2010), por su parte, halla que pacientes con cáncer de mama con estudios superiores tienden a tener mejor calidad de vida que otras mujeres con diferente grado de instrucción. Atribuye sus hallazgos a la práctica activa de la profesión y al acceso a servicios generales, mejor educación y una mejor rehabilitación.

Asimismo, otro factor importante es el cuidado multiprofesional y la atención especial que reciben estos pacientes por parte del personal médico (Valle, Zúñiga, Tuzet, Martínez, De la Jara, Aliaga y Whittembury, 2006).

En relación a las variables asociadas al cáncer, la situación de hospitalización genera cambios en la sintomatología depresiva de la paciente. Estar hospitalizada es, de por sí, una situación que produce mayor estrés del normal. El convivir con pacientes enfermos y estar a puertas de algún tratamiento doloroso de repercusiones negativas para el organismo son factores estresantes intensos. Los largos momentos de soledad en las habitaciones, el ver directamente el deterioro de otras personas conocidas, el trajín mismo de un hospital de cáncer (emergencias constantes, fallecimientos, entre otros) parecen repercutir en los pensamientos (esquemas depresivos) como en la experimentación de afectos negativos (pena, tristeza, miedo y culpa).

Una relación con el personal asistencial que fomente diferentes usos de humor positivo puede tener importantes repercusiones en la expresión de sentimientos, en la reducción de tensiones, en un mejor manejo del dolor y en una adaptación mejor a los cambios físicos asociados a los tratamientos del cáncer (Chapple & Ziebland, 2004; Dean

& Gregory, 2005; Joshua, Cotroneo & Clarke, 2005; Penson, et. al, 2005; Wender, 1996). Es importante hacer énfasis en este punto ya que es posible que el entorno al momento de la hospitalización esté dificultando un adecuado manejo de los síntomas depresivos.

La enfermedad afecta la calidad de vida relacionada a la salud pero justamente el contar con recursos como trabajar, nivel de instrucción superior, una red social amplia, experiencias cercanas con el cáncer, entre otros, favorece mejores niveles de calidad de vida y, por tanto, aminoran la posibilidad de desarrollar sintomatología depresiva (Laos, 2010; Torres, 2011)

Luego de la discusión de los resultados es importante señalar que esta investigación es el primer peldaño en la construcción de una perspectiva más positiva y lúdica para el tratamiento y entendimiento de las pacientes ambulatorias con cáncer de mama. El aporte más trascendente que deja este estudio radica en hacer evidente ciertos aspectos del sentido del humor que mitigan los efectos nocivos de la depresión en una población tan resentida por los embates del estrés y las secuelas físicas de los tratamientos.

Creemos también que el soporte social producto de la formación de lazos de amistad e intimidad por medio del humor es una práctica muy común de forma empírica, pero aún no muy fomentada por los servicios de psicología y servicio social de los hospitales de cáncer del país. Esta investigación busca rastrear los pilares teóricos para dicha práctica y así convertirla en una técnica validada para la implementación de dinámicas, talleres y herramientas terapéuticas.

Asimismo, los resultados del CEH adaptado para población peruana son los primeros luego de su validación, por lo que, es un aporte para así continuar la cadena del entendimiento del sentido del humor. Además, es una primera contribución para futuros instrumentos especializados en humor en población peruana con cáncer.

Entre las limitaciones de esta investigación, está su poca capacidad para generalizar los resultados a una población mayor debido al reducido tamaño de la muestra evaluada. Otra limitación importante, como se mencionó anteriormente, fue la segmentación de la muestra recogida, ya que, debido a políticas de la propia institución, sólo se tuvo acceso a pacientes de la zona de Hospital, más no a las pacientes de la zona de Clínica. Esto reduce la representatividad de la muestra a pacientes entre los sectores medios-bajos, bajos y en pobreza extrema.

Sería importante continuar las investigaciones entre el humor y las distintas aristas y funciones del soporte social, constructo clave para entender la trascendencia del humor

en la sintomatología depresiva. Para futuras investigaciones queda pendiente resolver el enigma detrás de baja representatividad de la escala descalificación personal. Sería interesante realizar estudios interdisciplinarios en relación al humor y sus raíces antropológicas y así hacer más preciso el instrumento.

Más que enfocar los esfuerzos en explicar la relación entre los estilos de humor y la sintomatología depresiva y, siguiendo con la tendencia actual de las investigaciones a nivel mundial, sugerimos continuar las investigaciones que relacionan al humor con otras variables positivas que, al parecer, tendrían una mayor participación al contrarrestar los efectos de la depresión.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarstad, Hans J., Aarstad, Anne Kari H, Heimdal, Jhon-Helge y Olofsson, Jan (2005) Mood, anxiety and sense of humor in head and neck cancer patients in relation to disease stage, prognosis and quality of life. *Acta Oto-Laryngología* 125, 557-565
- Abel, Millicent (2002) Humor, stress and coping strategies. *Humor* 15-4, 365-381
- Akechi, T., Ietsugu, T., Sukigara, M., Okamura, H., Nakano, T., Akizuki, N., Okamura, M., Shimizu, K., Okuyama, T., Furukawa, T. & Uchitomi, Y. (2009) *General Hospital Psychiatry*. Vol. 31, (3) pp. 225-232.
- Alarcón, A (2004) La depresión en el paciente renal, en Alarcón A, (ed.), Aspectos psicosociales del paciente renal. Bogotá: Editorial La Silueta, 2004:75-97.
- Alarcón A, (2006) *Manual de Psicooncología*. Colombia. Bogotá: Ed. Personal.
- Alarcón, R. (1991) Métodos y diseño de la investigación del comportamiento. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Alcántara, Nancy (2008) Sintomatología depresiva y Adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, S.A.
- Baider, L., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Wygoda, M. & Peretz, T. (2003). Is perceived family support a relevant variable in psychological distress?: A sample of prostate and breast cancer couples. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol.55, (5) pp. 453-460.
- Balarezo, María (2011). Elaboración de duelo de los pacientes con diagnóstico de cáncer en su evolución durante la enfermedad. Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología. Quito-Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana
- Barra, E. (2003a) Influencia del estado emocional en la salud física. *Revista Terapia Psicológica*, 21, 55-60.
- Barra, E. (2003b). *Psicología de la salud*. Santiago: Mediterráneo.
- Beck, A. & Clark, D. (1988) Anxiety and Depression. An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-46
- Beck, A. Steer, R. Brown, G.,(1996) *Inventario de Depresión de Beck – II Segunda Edición*. Paidós. Buenos Aires, Argentina

- Brenlla, M y Rodriguez, C (2006) *Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI II Adaptación Argentina*. Buenos Aires: Editorial Paídos
- Brizzio, A., Carreras, C. & Casullo, M. (2006). Sentido del humor y sintomatología psicopatológica: un estudio con adolescentes y adultos jóvenes argentinos. *Investigaciones Psicológicas*, 11(1), 7-21.
- Burgess C, Cornelius V, Love S, Gaham J, Richards M, Ramírez A., Depression and anxiety in women with early breast cancer: five years observational cohort study. *BMJ* 2005; 330 (7493): 702.
- Burón, Raúl R., Piqueras R., José Antonio, Ramos Linares, Victoriano, García López, Luis J., Martínez González, Agustín E., Oblitas Guadalupe, Luis A. (2008) *Psicología y Cáncer. Suma Psicológica*, Vol. 15-1
- Butow, Phyllis N., Hiller, Janet E., Price, Melanie A., Thackway, Sarah V., Kicker, Anne, Tennant, Christopher C. (2000) Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 49, 169-181.
- Capps, D. (2006). The psychological benefits of humor. *Pastoral Psychology*, 54(5), 393-411.
- Cano-Vindel A, Sirgo A, Díaz-Ovejero M & Pérez-Manga G. (1997) Racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. ISS N 1137-8492. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. *Rev Electr Psicol* 1997; 1(1).
- Carver CS, Pozo-Kaderman C, Harris SD (1994). Optimism versus Pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cáncer*. Vol. 73, (4), 1213-1220
- Cacioppo, J. (2003). *Introduction: emotion and health*. En R. Davidson, K. Scherer, H. & H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of Affective Sciences* (pp. 1047-1052). New York: Oxford University Press.
- Cassaretto, M, Martinez, P. (2009) Validación de la Escala del Sentido del Humor en estudiantes universitarios de Lima, Perú. En prensa.
- Cassem N. (1997) Depressed patients, En: Cassem N., St. J M (ed.), *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. St Louis, Missouri: Mosby, pg. 35-68.
- Cayssials, A. N, Pérez, M.A. (2005). Características psicométricas del cuestionario de estilos del humor (hsq). Un estudio con población argentina. XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 4-6 agosto (paper).

- Chapple A, & Ziebland S (2004). The role of humor for men with testicular cancer. *Qual Health Res*;14:1123–1139
- Chen G, y Martin, R. (2007) A comparison of humor styles, coping humor and mental health between Chinese and Canadian university students. *Humor*, 20(3), 215-234.
- Chen, X., Zheng, Y., Zheng, Wei, Gu, K, Chen, Z., Lu, W. & Shu, X. (2009) Prevalence of depression and its related factors among Chinese women with breast cancer. *Acta Oncológica*. Vol. 48, (1) 1128-1136.
- Christensen A., Ehlers S y Wiebe J. (2002) Patients Personality and mortality: a 4 year prospective examination of chronic renal insufficiency. *Health Psychology*; 21:315-20.
- Chochinov, H. (2001) Depression in cancer patients. *Lancet Oncol*; 2(8): 499-505.
- Chochinov H., Wilson K, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M. y Clinch J, (1995) Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*, 152:1185-1191.
- Crossley, J. & Morgado, F. (2004). *De fantasmas y demonios. El papel de la emoción en la génesis y recuperación de las enfermedades* (3ª ed.). Santiago: Grijalbo.
- Defey, D., Diaz, J.L., Friedler, M. & Terra, C. (1989); *Duelo por un niño que muere antes de nacer - Vivencias de los padres y del equipo de salud*; CLAP, Montevideo.
- Die Trill, M. (2003) *Psicooncología*. 165-183 (10) ADES Ediciones S.L. Madrid-España
- Erickson S. & Feldstein S. (2007) Adolescent Humor and its Relationship to Coping Defense Strategies, Psychological Distress, and Well-Being. Springer. *Child Psychiatry Hum Dev* 37:255-271.
- Finkelstein, F. O. & Finkelstein, S. H. (2000). Depression in chronic dialysis patients: Assessment and treatment. *Nephrology, Dialysis and Transplantation*, 15, 1911-1913.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American psychologist*, 56, 218-226.
- Fox B., The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. *Oncology*, 1995; 9:245-53.
- Fox B., Psychosocial factor in cancer incidence and prognosis. In: Holland JC (ed.), *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998; 110-24.
- Führ & Martin (2002) Coping humor in early adolescence. *Humor* 15-3, 283-304
- Gleason, M., Lida, M., Bolger, B. & Shrout, P. (2003). Daily supportive equity in close relationships. *Personality Social Psychology Bull.* 29(8): 1036-1045.
- Gustavsson-Lilius, Mila, Julkunen, Juhani, Keskivaara, Pertti y Hietanen, Päivi (2007) Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. *Psycho-Oncology* 16: 1100-1110.

- Guzman, S. J. & Nicassio, P. M. (2003). The contribution of negative and positive illness schemas to depression in patients with end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(6), 517-534.
- Haber, SA, (2000) *Cáncer de mama: manual de tratamiento psicológico*. España. Paidós. Ibérica.
- Hailey, B. J. & Moss, S. B. (2000). Compliance behavior in patients undergoing haemodialysis: A review of the literature. *Psychology, Health and Medicine*, 5(4), 395-406.
- Haisfield-Wolfe, M.E., McGuire, D., Soeken, K., Geiger-Brown, J. & De Forge, B.(2009) Prevalence and Correlates of Depression among patients with Head and Neck Cancer: A Systematic review of implications for research. *Oncology Nursing Forum*. Vol.36, No. 3. E104-E125.
- Hampes, W. (2005) Correlations between humor styles and loneliness. *Psychological Reports: Volume 96, Issue* , pp. 747-750.
- Hampes, William (2006) Humor and Shyness: The relation between humor styles and shyness. *Humor* 19-2, 179-187.
- Helgeson V., Cohen S, Fritz H. Social Ties and Cancer. In: Holland J. (ed.), *Psychooncology*. New York: Oxford University Press, 1998; 99-109.
- Hernández, Fernández y Baptista (2007) *Metodología de la Investigación*. Mexico McGraw Hill.
- Herruzo, I (2003) Radioterapia y Hormonoterapia: Tratamiento hormonal del cáncer de mama. *Oncología* 27(7), 427-434.
- Hinz A., Krauss O., Hauss J.P., Höckel M., Kortmann R.D., Stolzenburg J.U. & Schwarz R. (2010) Anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *European Journal of Cancer Care* 19, 522–529
- Hranicky J. (2000) Your power to win with cancer. *Am Health Institute*. Acceso en enero 2000.
- Holland, J. (2002) History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosom Med*; 64:206-21
- Holland, J y Rowland (1990) *Handbook of Psychooncology*. New York. Oxford University Press.
- Huguet P., Morais S., Osis M., Pinto-Neto A. & Gurgel M. (2009) Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 31:61–7.

- Jacobsen, Paul, Holland, Jimmie C. (1990) Psychological reactions to cancer surgery. *Handbook of Psychooncology* 2(8), 117-133.
- Joshua A., Cotroneo A. & Clarke S. (2005) Humor and Onocology. *Journal of Clinical Oncology*; 23:645–648.
- Kalichman, S., Rompa, D. & Cage, M. (2000) Distinguishing between Overlapping Somatic Symptoms of Depression and HIV Disease in People Living with HIV-AIDS. *Journal of Nervous & Mental Disease*. Vol. 188 (10) 662-670.
- Kerkkänen, Paavo, Kuiper, Nicholas A. y Martin, Rod A. (2004) Sense of humor, psysical health, and well-being at work: A three year longitudinal study of Finnish police officers. *Humor* 17-1/2, 21-35
- Kim Y, Duhamel K, Valdimarsdottir H, Bovbjerg D. (2005) Psychological distress among healthy women with family histories of breast cancer: effects of recent life events. *Psycho-Oncology. J Psychologic Soc Behavioral Dimen Cancer* 2005; 14:555-63.
- Kimmel P. (2000) Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *American Journal of Kidney Diseases*; 35: S132-S140.
- Kimmel, P, Peterson R, Weihs K, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I y Veis J. (2000) Multiple measurements of depressions predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kindney International*; 57(5): 2093-8.
- Kimmel P, Peterson R, Weihs K, Simmens S., Alleyne S., Cruz I. y Veis J.(1998) Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International*; 54: 245-54.
- Kinsman, R. & Gregory, D. (2005) More than Trivial: Strategies for using humor in Paliative Care. *Cancer Nursing*, Vol. 28, 4
- Kirsh, Gillian A. & Kuiper, Nicholas A. (2003) Positive and negative aspects of sense of humor: Associations with the constructs of individualism and relatedness. *Humor* 16-1, 33-62
- Klein, Dana & Kuiper, Nicholas (2006) Humor styles, peer relationships, and bullying in middle childhood. *Humor* 19-4, 383-404.
- Kuiper, Nicholas; Nicholl, Sorrel (2004) Thoughts of feeling better? Sense of humor and physical health. *Humor* 17-1/2, 37-66.
- Kuiper, Nicholas, Grimshaw, Melissa, Leite, Catherine y Kirsh, Gillian (2004) Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor* 17-1/2, 135-168.

- Kuiper, N. y Martin R. (1993). Humor and self-concept. *Humor. International Journal of Humor Research*; 6:251-270.
- Kuiper, Nicholas, Martin, Rod A. y Olinger, L. Joan. (1993) Coping humor, stress and cognitive appraisals. *Canadian Journal of Behavioral Science* 25, 81-96.
- Lepore, S. (2001) A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In Psychosocial Interventions for Cancer, Baum A. & Anderson B. (eds) *American Psychological Association: Washington, DC*; pp. 99-118.
- Lepore, S, Glaser, D, Roberts, K (2008) On the positive relation between received social support and negative affect: a test of the triage and self-esteem threat models in women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 17, 1210-1215
- Lepore, S. & Revenson, T. (2007). Social constraints on disclosure and adjustment to cancer. *Personality Social Psychologist Compass*: 1(1): 313-333.
- Nakaya, Naoki, Saito-Nakaya, Kumi, Akechi, Tatsuo, Kuriyama, Shinichi, Inagaki, Masatoshi, Kikuchi, Nobutaka, Nagai, Kanji, Tsugane, Shoichiro, Nishiwaki, Yutaka, Tsuji, Ichiro y Uchitomi, Yosuke. (2008) Negative psychological aspects and survival in lung cancer patients. *Psycho-Oncology* 17: 466-473
- Nezlek, J. & Derks, P. (2001) Use of humor as a coping mechanism, psychological adjustment, and social interaction. *Humor* 14-4, 395-413.
- Martin, Rod A. (2004) Sense of humor and physical health: Theoretical issues, recent findings, and future directions. *Humor* 17-1/2, 1-19
- Martin, Rod A. (2001) Humor, Laughter, and Physical Health: Methodological Issues and Research Findings. *Psychological Bulletin* 127 (4), 504-519.
- Martin, Rod A., Lefcourt, Herbert M. (1983). Sense of humor as a moderator of the relation between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology* 45, 1313-1324
- Martin, Rod A., Patricia Puhlik-Doris, Gwen Larsen, Jeanette Gray, y Kelly Weir (2003) Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being. Development of the humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality* 37 (1), 48-75
- Massie, Marie J. (1998) Depressive Disorders. In Holland J (ed.) *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press, 1998; 518-40.
- Massie, Marie J. (2004) Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 32:57-71

- Maurer, C. (2008). Does humor contribute to successful aging? *Dissertation Abstracts International*, 68(10-A).
- Mendoza, I.J. & Mendoza, I. (2001) La ira y la enfermedad cardiovascular. *Revista Latina de Cardiología*, 22, 110-115.
- Nieto-Munuera, J., Abad, M., Albert, M. & Arreal, M. (2003). *Psicología para ciencias de la salud*. Madrid: Mc-GrawHill.
- Panish, J. (2002). Life satisfaction in the elderly: The role of sexuality, sense of humor, and health. *Dissertation Abstracts International*, 63(5-B).
- Payne M., Lengacher C. (2006) Humor and Laughter may influence health: II. Complementary therapies and humor in a clinical population. *Oxford University Press* 3(2)187–190.
- Paz-Filho, G., Licinio, L. & Wong, J. (2010). The procognitive effects of leptin in the brain and their clinical implications. *International Journal of Clinical Practice*. Vol. 64 (13) 1808-1812.
- Reiche E., Nunes S. & Morimoto H (2004). Stress, depression, the immune system and cancer. *Lancet Oncology*, 5:617-625.
- Rebolledo García, María Luisa, Alvarado Aguilar, Salvador (2006) Distrés y cáncer. *Revista Neurología, neurocirugía y psiquiatría* 39(1), 52-58.
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. y Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.
- Rodin, Gary, Walsh, Andrew, Zimmermann, Camila, Gagliese, Lucia, Jones, Jennifer, Shepherd, Frances A., Moore, Malcolm, Braun, Michal, Donner, Allan y Mikulincer, Mario. (2007) The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology* 16: 1080-1091
- Rodriguez, L (2008) Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimenticio en mujeres adolescentes universitarias y pre-universitarias. Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rodriguez, Veliz y Feldman, Lya (2009) Validación Preliminar del Cuestionario de Estilos de Humor en Trabajadores y Trabajadoras de la Salud. Caso Venezuela. *Cienc. Trab. Ene-Mar*; 11 (31): 9-13.
- Salas, C. & Grisales, H. (2010) Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev. Panamericana Salud Pública* 28(1).

- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J. & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110- 121
- Sanz, J, Navarro, M y Vásquez, C (2003) Adaptación Española del Inventario para la depresión de Beck II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta* 29(124), 239-288.
- Saravia, A. (2000) Niveles de ansiedad y depresión al inicio y al término de la primera fase del primer esquema de tratamiento (2 meses) en pacientes con tuberculosis pulmonar del programa de control de la tuberculosis de la zona norte de Lima. Universidad Cayetano Heredia.
- Sarenmalm, Elisabeth K., Öhlén, Joakim, Odén, Anders y Gaston-Johansson, Fannie (2008) Experience and predictors of symptoms, distress and health-related quality of life over time on postmenopausal women with recurrent breast cancer. *Psycho-Oncology* 17: 497-505
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Sellick, S. y Crooks, D. (1999) Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-oncology*, S(4):315-33.
- Shilder N, Peterson R, Kimmel P. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic insufficiency. *American Journal of Kidney Diseases* 1998; 32:557-66.
- Snyder, C. R. y Lopez, J. S. (2002) Handbook of Positive Psychology. New York. Oxford University Press.
- Soto, R. (2011). Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Suinn, R. (2001). The terrible twos-anger and anxiety. *American Psychologist*, 56, 27-36.
- Thombs, B., Bass, E., Ford, D., Stewart, K., Tsilidis, K., Patel, U., Fauerbach, J., Bush, D. & Zielgestein, R. (2006) Prevalence of Depression in Survivors of Acute Myocardial Infarction. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 21, (1) 30-38
- Thorson, James A. & Powell, F.C. (1993) Development and validation of a Multidimensional Sense of Humor Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (1).
- Thorson, James A., Powell, F.C., Sarmany-Schuller, Ivan, Hamps, William P. (1997) Psychological Health and Sense of Humor. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 53(6), 605-619

- Tross, Susan, Holland, Jimmie C. (1990) Psychological Sequelae in Cancer Survivors. *Handbook of Psychooncology* 1(7), 101-116
- Torres, J. (2011). Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Turner-Cobb J, Sephton S, Koopman C, Blake-Mortimer J, Spiegel D. (2000) Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosom Med*; 62:337-45.
- Olivares, Basurto; Naranjo Fuentes, Alvarado Aguilar (2007) Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *Gamo* Vol.6 Num. 4.
- Overholser J. (1992) Sense of humor when coping with life stress. *Personality Individual Difference*. 13: 799-804
- Vaillant, G. E. (1977) *Adaptation of life*. Toronto: Little, Brown, & Co.
- Valdés, M. & De Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Van de Wiel, Harry, Geerts, Erwin y Hoekstra-Weebers, Josette (2008) Explaining inconsistent results in cancer quality of life studies: the role of the stress-response system. *Psycho-Oncology* 17: 174-181
- Vásquez, C y Sanz, J. (1995) Trastorno del estado de ánimo: Aspectos clínicos, En Belloch, A, Sandin, B. *Manual de Psicopatología*. Vol.2: 300-309, 342-359.
- Valle, R., Zúñiga, M., Tuzet, C., Martínez, C., De la Jara, J., Aliaga, R. y Whitembury, A. (2006). Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *Anales de la Facultad de Medicina*, Vol.67, (004), 327-332.
- Victoria García-Viniegras, Carmen, López González, Vivian (2003) Consideraciones Teóricas sobre el Bienestar y la Salud. *Rev. Habanera cienc. Méd.*; 2(7)
- Vidal y Benito M, López C. (1999) La consulta psico-oncológica. La depresión en cáncer de mama. *ALCMEON* 30. Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. *Rev Arg Clín Neuropsiquiat.* 8(2)141-56.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15 (2), pp. 207-220.
- Watson M., Greer S., Personality and coping. In: Holland J. (ed.) *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998; 91-8.

- Watson M., Haviland J., Greer S., Davidson J. y Bliss J. (1999) Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*; 354:1331-6.
- Wender, R. (1996). Humor in medicine. *Prim Care*; 23:141–154.
- Wilson R., Mendes De León C., Bientas J., Evans D., Bennet D. (2004) Personality and mortality in old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*; 59: 110-6.





ANEXO

Análisis de Normalidad de la Muestra en relación al CEH y IDB-II

Instrumentos	N	Kolmogorov-Smirnov	Sig.	Shapiro-Wilk	Sig.
CEH					
Afiliación*		.111	.189	.972	.307
Mejoramiento Personal**	48	.082	.200	.926	.005
Agresivo**		.144	.014	.949	.037
Descalificación Personal*		.104	.200	.970	.264
IDB-II*	48	.109	.200	.954	.059

(*) La distribución de la muestra fue normal, tanto para las escalas de afiliación y descalificación personal y el BDI-II, por lo que se utilizó para ellos estadísticos paramétricos como la t-student para hacer las comparaciones de media.

(**) La escala agresiva y mejoramiento personal tuvieron una distribución no normal, por lo que se usaron estadísticos no paramétricos como la U de Mann-Whitney para dos muestras independientes.

ANEXO

Análisis de Confiabilidad del Cuestionario de Estilos de Humor (CEH)

Escalas del Humor	Ítems	Correlación Ítem-Total	Alpha si se elimina el ítem
Escala de afiliación	CEH1	.227	.561
	CEH5	.647	.420
	CEH9	.095	.602
	CEH13	.438	.503
	CEH17	.203	.574
	CEH21	.074	.594
	CEH25	.338	.525
	CEH29	.309	.535
Escala mejoramiento personal	CEH2	.317	.636
	CEH6	.312	.648
	CEH10	.540	.566
	CEH14	.454	.601
	CEH18	.408	.613
	CEH22	.000	.672
	CEH26	.535	.569
	CEH30	.000	.672
Escala agresivo	CEH3	.217	.452
	CEH7	.133	.484
	CEH11	.162	.472
	CEH15	.337	.396
	CEH19	.094	.500
	CEH23	.494	.308
	CEH27	.147	.475
	CEH31	.149	.476
Escala de descalificación personal	CEH4	.361	.218
	CEH8	.149	.355
	CEH12	.081	.387
	CEH16	.000	.387
	CEH20	.377	.237
	CEH24	.188	.331
	CEH28	.000	.387
	CEH32	.032	.424

ANEXO

Análisis de Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II)

Factores del IDB-II	Ítems	Correlación Ítem-Total	Alpha si se elimina el ítem
Factor Cognitivo-Afectivo	BDI1	.451	.862
	BDI2	.264	.869
	BDI3	.428	.863
	BDI4	.547	.858
	BDI5	.604	.856
	BDI6	.478	.861
	BDI7	.647	.852
	BDI8	.701	.849
	BDI9	.263	.868
	BDI10	.531	.859
	BDI11	.369	.869
	BDI12	.512	.859
	BDI13	.778	.845
	BDI14	.749	.851
BDI17	.367	.865	
BDI21	.440	.865	
Factor Somático	BDI15	.399	.592
	BDI16	.348	.631
	BDI18	.416	.583
	BDI19	.428	.576
	BDI20	.453	.580

ANEXO

Análisis de las variables sociodemográficas y relacionadas al cáncer en relación al BDI-II y a las escalas de afiliación y descalificación personal

Variables		N	Depresión			Afiliación			D.Personal		
			M	D.E.	t	M	D.E.	t	M	D.E.	t
Lugar de procedencia	Lima	20	16.6	10.70	-0.17	37.80	7.11	.20	22.25	6.55	-1.11
	Provincia	27	17.2	10.60		37.37	7.51		24.37	6.36	
Lugar de residencia	Lima	37	16.97	11.14	0.38	37.62	7.89	-.24	22.62	6.22	-1.92
	Provincia	11	15.73	9.08		38.09	5.05		26.82	6.40	
Trabaja	No	35	17.29	10.03	0.58	37.80	6.88	1.00	23.97	6.41	.67
	Si	13	15.08	12.39		37.54	8.61		22.54	6.67	
Vive con	Familia	34	17.67	7.89	0.30	39.89	6.85	.99	25.11	6.37	.79
	Amigos/ parientes	11	16.46	11.23		37.23	7.39		23.23	6.49	
Practicante activo religión	No	9	16.94	10.93	-0.42	36.47	8.49	-.59	24.18	7.59	.04
	Si	39	18.50	11.73		37.91	6.87		24.09	6.16	
Veces hospitalizada	1 vez	34	16.35	11.65	.25	38.65	7.24	1.64	24.03	6.317	.33
	2 a 3 veces	11	15.64	6.727		34.55	7.09		23.27	7.591	

ANEXO

Análisis de las variables sociodemográficas y relacionadas al cáncer en relación a la Escala agresiva del humor

Variables		Escala Agresiva		
		N	M	U
Lugar de procedencia	Lima	20	21.15	213.0
	Provincia	27	26.11	(,219)
Lugar de residencia	Lima	37	22.42	126.5
	Provincia	11	31.50	(.058)
Trabaja	No	35	26.54	156.0
	Si	13	19.00	(.096)
Vive con	Familia	34	27.33	148.5
	Amigos/ parientes	11	23.85	(.314)
Practicante activo religión	No	9	21.88	150.0
	Si	39	18.55	(.515)
Veces hospitalizada	1 vez	25	20.10	147.5
	2 a 3 veces	13	18.35	(.649)

ANEXO

Análisis de las variables sociodemográficas y relacionadas al cáncer en relación a la Escala mejoramiento personal del humor

Variables		Escala Agresiva		
		N	M	U
Lugar de procedencia	Lima	20	21.15	213.0
	Provincia	27	26.11	(.219)
Lugar de residencia	Lima	37	22.42	126.5
	Provincia	11	31.50	(.058)
Trabaja	No	35	26.54	156.0
	Si	13	19.00	(.096)
Vive con	Familia	34	27.33	148.5
	Amigos/ parientes	11	23.85	(.314)
Practicante activo religión	No	9	21.88	150.0
	Si	39	18.55	(.515)
Veces hospitalizada	1 vez	25	20.10	147.5
	2 a 3 veces	13	18.35	(.649)