



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**BIENESTAR PSICOLÓGICO EN MUJERES CON CÁNCER DE  
MAMA POST-TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

**Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en  
Psicología Clínica que presenta la Bachillera:**

**JENNY NATALÍE SÁNCHEZ RUPAY**

**ASESORA: ROCÍO SOTO BUSTAMANTE**

**LIMA - 2015**



## Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecer a Dios por haberme permitido cumplir con la primera de mis más grandes metas. Esta investigación representa tanto esfuerzo y dedicación, es en ella que he podido plasmar todos los conocimientos que fui adquiriendo en estos años de estudio, además de marcar el inicio de mi carrera profesional como psicóloga.

A mi papá y a mi mamá, quienes me dieron el hermoso regalo de su amor y apoyo incondicional, además de brindarme una educación de primera. Espero que se sientan orgullosos de mí, al igual que yo me siento tan agradecida y orgullosa de llamarlos mis padres.

A mi abuelita, quien es mi más grande modelo de fortaleza y superación. Gracias por estar a mi lado siempre, por quererme tanto y cuidarme hasta hoy.

Quiero agradecer a mis asesoras de tesis, Viviana Trigos y Rocío Soto.

Viviana, gracias por guiarme durante la primera etapa de esta investigación y mostrarme una nueva e interesante perspectiva de la experiencia del cáncer como lo es el bienestar a pesar de la enfermedad.

Rocío, gracias por orientarme durante todo este tiempo, no sólo en el aspecto teórico sino también quisiera agradecerte por la paciencia y el apoyo constante cuando surgían dificultades. Gracias por tu disposición permanente para resolver mis dudas y ayudarme incluso los fines de semana. Tu guía ha sido indispensable para mí.

Asimismo, quisiera agradecer a Mónica Cassaretto y Katherine Fourment por darse el tiempo para revisar mi tesis y hacerme las sugerencias y correcciones necesarias para que mi investigación alcance todo su potencial.

A Nestor, gracias por tu amor incondicional e inspirarme a dar lo mejor de mí siempre.

A mi mejor amiga, Lourdes, por apoyarme en todo momento y hacerme reír cuando más lo necesitaba.

A mis queridas amigas de la facultad, en especial a Raysha Fernández quien me ha apoyado durante todo el proceso.

Finalmente, a las mujeres que participaron de esta investigación, compartiendo vivencias y emociones muy personales, demostrando que ellas son mucho más que su experiencia como pacientes de cáncer de mama. Únicas y especiales, son una fuente inagotable de enseñanza y espíritu de superación.





## Resumen

La presente investigación tiene como objetivo general describir y comparar el bienestar psicológico y sus dimensiones en mujeres con cáncer de mama sometidas a tratamiento quirúrgico frente a mujeres sanas que comparten sus características sociodemográficas. Se evaluó una muestra de 28 pacientes con cáncer de mama, entre los 36 y 75 años ( $M=56,11$ ,  $DE=11,93$ ), que acuden a consulta externa en una institución médica del estado. Se utilizó la adaptación de Díaz et al. (2006) de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff (1989), la cual cuenta con seis dimensiones: autoaceptación, propósito en la vida, dominio del entorno, crecimiento personal, autonomía y relaciones positivas con otros.

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos a nivel de la escala global de bienestar psicológico y por dimensiones.

En respuesta a los objetivos específicos, se encontró correlación positiva entre la edad y las dimensiones de autonomía y autoaceptación. Asimismo, se obtuvo correlación negativa entre la variable número de cirugías realizadas y la medida de bienestar psicológico global, además de las dimensiones autoaceptación, propósito en la vida y autonomía. En el caso de la variable tipo de cirugía realizada, se obtuvo diferencias significativas entre las pacientes que debieron someterse únicamente a una tumorectomía y aquellas que debieron afrontar la tumorectomía y la mastectomía radical. Fueron las primeras quienes presentar mayores niveles de bienestar a nivel global y en las dimensiones de autoaceptación y autonomía.

**Palabras clave:** Bienestar psicológico, cáncer de mama, tratamiento quirúrgico, mastectomía.

## Abstract

The objective of this investigation is to describe and compare the construct known as psychological well-being and its dimensions in women with breast cancer who had surgery in contrast to healthy women who share the same demographic characteristics. The sample consisted of 28 breast cancer patients, between the ages of 36 and 75 years old ( $M=56.11$ ,  $SD= 11.93$ ). The instrument used was the adaptation made by Diaz et al. (2006) of Ryff's Psychological Well-Being Scales (1988), which dimensions are: self-acceptance, autonomy, purpose in life, environmental mastery, personal growth and positive relations with others.

No significant differences were found between both groups at the level of the global scale of psychological well-being and its dimensions. In response to the specific objectives, we found positive correlation between age and the dimensions of autonomy and self-acceptance. Negative correlation was found between the variable "number of surgeries" and global psychological well-being, self-acceptance, purpose in life and autonomy. The variable "type of surgery" presented significant differences between the group of patients that had a tumorectomy only and the group that went under two surgeries (tumorectomy and mastectomy). The first group reported higher levels of global psychological well-being, autonomy and self-acceptance.

**Keywords:** Psychological well-Being, breast cancer, surgery, mastectomy



## Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	11
Participantes	11
Medición	12
Procedimiento	14
Análisis de Datos	15
Resultados	17
Discusión	21
Referencias	31
Apéndices	
A. Tablas de resultados no significativos que responden a los objetivos específicos	39
B. Ficha de datos sociodemográficos y médicos del grupo objetivo	44
C. Ficha de datos sociodemográficos y médicos del grupo de comparación	46
D. Consentimiento informado del grupo objetivo	48
E. Consentimiento informado del grupo de comparación	49
F. Lista de ítems modificados	50



El cáncer de mama es una de las enfermedades crónicas más temidas por las mujeres, ya sea por el riesgo de muerte o por el sufrimiento asociado a los diversos tratamientos (Bayés, 2000; Cruzado, 2009; Jiménez, 2006). A nivel mundial, el cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres después del cáncer de piel. Su incidencia aumenta con el nivel económico: más de la mitad de los casos se diagnostican en los países desarrollados: 370.000 casos al año en Europa (27,4%) y 230.000 en Norteamérica (31,3%).

En el Perú, el cáncer de mama es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres luego del cáncer de cuello uterino (INEN, 2011). En el caso concreto de Lima y Callao, ocupa el primer lugar con una tasa de incidencia de 32.8 por cada cien mil habitantes. Su carácter impredecible se manifiesta en la amplitud del rango de edad predominante, presentándose con mayor incidencia entre los 30 y 80 años, con un pico entre los 45-65 (MINSA, 2011).

Cruzado (2009) refiere que la mujer que padece esta enfermedad se enfrenta a una serie de fases, las cuales representan fuentes potenciales de estrés. Es así que la paciente oncológica se ve en la necesidad de afrontar las demandas del medio a través de conductas, pensamientos y afectos que le permiten reducir la amenaza o malestar que supone la enfermedad (Almonacid, Lluch, Moreno & Queipo, 2006).

Una de aquellas fases corresponde al tratamiento. Dentro de los más utilizados para combatir este tipo de cáncer se encuentran la radioterapia, la terapia hormonal, la quimioterapia y la cirugía. Para cada caso particular se elige utilizar un solo procedimiento o la combinación de dos o más de ellos, dependiendo de la edad del paciente, el tipo de cáncer, su estadio y si el tumor reacciona o no positivamente a las hormonas (Simon & Zieve, 2009). En muchos casos, es posible controlar la enfermedad, lo cual aumenta la esperanza de vida de las mujeres. Sin embargo, estos suelen ser tan invasivos que afectan directamente a la salud, conllevando efectos secundarios muy desagradables durante y después del tratamiento (Cubrerros, 2006; Rodríguez, García & Terol, 2009).

A partir de ello, se han realizado diversos estudios que evalúan los efectos del tratamiento en la psicología del paciente. Generalmente, la persona afectada con cáncer de mama experimenta cambios radicales en su estilo de vida, como el verse impedida de trabajar y/o realizar actividades cotidianas (desde practicar deportes hasta conductas de autocuidado), además de la influencia en sus relaciones interpersonales (ya sean familiares o de pareja), y, sobre todo, el conflicto que experimentan en

relación a su autonomía (Barroilhet, Forjaz & Garrido, 2005). Es precisamente la sensación de pérdida de control sobre sí mismas, además del constante riesgo de muerte, lo que las confronta continuamente con su vulnerabilidad humana (Bayés, 2000; Jimenez, 2006).

Respecto al tema, una investigación realizada por Andersen et al. (2009) reporta mayores niveles de calidad de vida asociados a la salud y mayor vitalidad en aquellas mujeres que mantuvieron un rol activo en la toma de decisiones respecto de su tratamiento. De la misma manera, Nissen et al. (2001) señala cómo el no poder tomar decisiones respecto al tipo de tratamiento a seguir influye negativamente en la calidad de vida del paciente, sustentando que las mujeres que decidieron por sí mismas someterse a una mastectomía sin reconstrucción obtuvieron mayores niveles de satisfacción y bienestar que aquellas que sí tuvieron una reconstrucción mamaria por indicación del médico tratante. La diferencia radica en que el primer grupo sí tuvo cierto control sobre la elección del tratamiento, mientras que el segundo no (en este caso, deseaban realizarse únicamente una tumorectomía).

Por otro lado, algunos autores (Belin et al., 2000; Nissen et al., 2001) plantean la posible existencia de diferencias en el impacto psicológico del cáncer de mama en relación al tipo de tratamiento. Hacen mención del impacto psicosocial del tipo de cirugía elegido en la imagen corporal y cómo afecta la percepción que poseen de su propio atractivo físico. De acuerdo a estas investigaciones, es posible que la tumorectomía sea el proceso que permite un mejor resultado a nivel de bienestar, al compararlo con pacientes que se sometieron a una mastectomía (uni o bilateral). Asimismo, señalan que a lo largo del primer año posterior al diagnóstico, la calidad de vida de la paciente se ve influenciada principalmente por la variable edad.

De la misma manera, el estudio de Arora et al. (2001) propone que tanto aquellas pacientes tratadas con quimioterapia como las sometidas a procedimientos quirúrgicos muestran mejoras en el bienestar físico, emocional y funcional a lo largo del tiempo. Sin embargo, la satisfacción con la vida sexual, el soporte social y el bienestar familiar suelen disminuir. En el período más cercano a la cirugía, las mujeres mastectomizadas reportaron una imagen corporal más negativa y un menor bienestar físico y funcional. Las mujeres con tumorectomía se mostraron más preocupadas por los efectos del estrés en su enfermedad, y presentaron menor bienestar emocional. Seis meses posteriores a la cirugía, tanto las pacientes mastectomizadas



como aquellas que se habían sometido a una tumorectomía mostraron niveles similares de calidad de vida.

Respecto a la mastectomía como tal, existen diversas investigaciones acerca del impacto que ocasiona la pérdida de uno o ambos senos en el funcionamiento físico, social y emocional de la persona. Dentro de los efectos documentados, se encuentran sentimientos de mutilación y alteraciones de la imagen corporal, autoestima disminuida, pérdida del sentido de femineidad, disminución del atractivo y función sexual, ansiedad, depresión, desesperanza, culpa, vergüenza, temor ante una posible recurrencia, al abandono y a la muerte. (Evan, Kaufman, Cook & Zeltet, 2006; Sheppard & Ely, 2008; Vázquez-Ortiz, Antequera & Blanco, 2010).

Dentro de las posibles causas que explican la influencia de la mastectomía sobre la autoestima y la sexualidad es importante mencionar la importancia de la representación simbólica que posee la mama. El asociar los senos con la femineidad, la capacidad reproductiva y el atractivo sexual, hace que la posibilidad de su pérdida genere gran temor y ansiedad (Haber, 2000). Es así que la mastectomía podría ser considerada como un tratamiento nocivo para la salud mental de la paciente. Asimismo, se podría asumir que la preservación del busto de la mujer es considerablemente menos disruptiva para su autoestima y su integridad corporal que la cirugía radical. Sin embargo, existen investigaciones que proponen una mirada más positiva acerca de esta realidad.

Nissen et al. (2001) agregan que en aquellos casos donde la paciente decide el tratamiento a seguir, la mastectomía puede considerarse como un tratamiento que brinda mayor tranquilidad gracias a la creencia de “si no hay seno, no hay cáncer” (Haber, 2000). De la misma manera, Brandberg et al. (2008) encontró en su estudio que el 61% de mujeres sometidas a una mastectomía profiláctica bilateral por alto riesgo de cáncer de mama, consideraban esta experiencia como un cambio positivo en su vida, a pesar de las consecuencias negativas que esta pudo generar en su sexualidad. Este hallazgo es significativo puesto que sugiere que las mujeres mastectomizadas otorgan mayor importancia a una vida libre del riesgo de cáncer, superponiéndose a los sentimientos negativos que la ausencia de ambos senos pueda causarles.

A partir de la presente revisión teórica respecto al impacto psicológico del tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de mama, en particular aquellos

hallazgos que muestran indicadores saludables, es preciso resaltar la importancia de profundizar en los recursos de la paciente oncológica para afrontar esta experiencia. Es así como en la actualidad, dentro del marco de la Psicología de la Salud y la Psicooncología, una de las áreas de estudio más importantes corresponde al impacto psicológico del cáncer de mama desde una perspectiva positiva. Ello con el objetivo de desarrollar conocimientos que permitan un mejor abordaje terapéutico y, sobre todo, promover el bienestar integral del individuo (Gil, 2000; Nieto-Munuera, 2004; Taylor, 2007).

El bienestar, concepto propuesto por la Psicología Positiva, se manifiesta como parte esencial de la salud mental del ser humano (Vázquez, Hervás, Rahona & Gómez, 2009). Plantea la importancia de centrarse en las cualidades inherentes al individuo, tales como la resiliencia, y en lograr un cambio para que las personas gocen de una mejor calidad de vida (Gancedo, 2008; Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Cuando hablamos de bienestar, es posible identificar dos posiciones teóricas claras, las cuales se basan en dos antiguas orientaciones filosóficas. La primera corresponde al *hedonismo* (Kahneman et al., 1999), de la cual surge el concepto de bienestar subjetivo, refiriéndose a la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo. Este concepto comprende dos elementos: el balance afectivo, es decir, la frecuencia relativa de afectos placenteros o displacenteros en la propia experiencia inmediata, y la satisfacción vital percibida, más estable y con un mayor componente cognitivo (Lucas, Diener & Suh, 1996).

La segunda corriente filosófica corresponde a la *eudaimonia*, la cual propone que el bienestar psicológico no consiste en la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas, sino en vivir plenamente y desarrollar los potenciales humanos más valiosos (Ryan, Huta & Deci, 2008). La concepción eudaimónica establece que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores profundos y que suponen un compromiso pleno con el que las personas se sientan vivas y auténticas (Waterman, 1993).

Ante la evidencia de que ambos enfoques se relacionan significativamente con variables de salud, se ha demostrado que el bienestar psicológico posee una relación de mayor consistencia con la salud física que el bienestar subjetivo (Friedman et al., 2005; Lindfors & Lundberg, 2002; Ryff et al., 2006; Ryff, Singer & Dienberg,



2004;). Es posible que el bienestar psicológico esté relacionado con mecanismos de regulación afectiva a mediano y largo plazo, a través de la búsqueda de conductas supervivenciales y de ajuste a las demandas del medio; mientras que el bienestar subjetivo, esté más relacionado con la satisfacción y disfrute de circunstancias inmediatas (Linley & Joseph, 2004).

Si bien los estudios que evalúan la calidad de vida en población oncológica reportan mejoras en la satisfacción de los pacientes a nivel físico, emocional y funcional (Arora et al., 2009; Laos, 2010; Nissen et al., 2001; Torres, 2011), el énfasis que otorgan a la evaluación subjetiva del individuo sobre sí mismo (afecto positivo o negativo), al igual que a la evaluación objetiva de sus síntomas físicos, representa un alcance limitado en cuanto al impacto de la enfermedad en el paciente. De la misma manera el bienestar subjetivo, al evaluar los afectos en la inmediatez, ignora aspectos indispensables, como el desarrollo de su propio potencial, la influencia de la experiencia de enfermedad en su sentido de vida y la concepción de sí mismo a lo largo del proceso (Costanzo, Ryff & Singer, 2009).

Por el contrario, el bienestar psicológico promueve un abordaje integral del ser humano, tanto en el presente como en el pasado y proyectándolo hacia el futuro. Estos aspectos son recogidos por Carol Ryff, quien propone un modelo de bienestar psicológico compuesto por variables tanto intrapersonales como interpersonales, el cual promueve una mirada integral del ser humano y sus capacidades. Otorga gran importancia a la forma en que las emociones positivas y negativas se entremezclan, aspecto fundamental para comprender el óptimo funcionamiento humano (Ryff, Keyes & Hughes, 2003).

El modelo multidimensional de Ryff (1989) comprende:

*La autoaceptación*, hace alusión a dirigir una mirada positiva hacia el interior. Corresponde a una manera profunda de considerarse a sí mismo, basada en el conocimiento de los atributos positivos y negativos de cada uno.

*El sentido de vida*, es la capacidad para encontrar significado y dirección a nuestras propias experiencias, así como para crear y perseguir metas vitales. El sentido de vida está profundamente ligado al enfrentamiento con la adversidad.

*El crecimiento personal*, o la capacidad para darnos cuenta de nuestro propio potencial y para saber cómo desarrollar nuevos recursos y fuerzas ante la adversidad.

*El dominio del entorno* incluye el desafío de controlar el mundo que nos rodea. Refleja la capacidad de las personas para ser competentes, aprovechando las oportunidades que el entorno les ofrece.

*La autonomía* es la capacidad de tomar decisiones y de seguir con las convicciones y creencias personales, aunque éstas vayan en contra de dogmas y sabidurías convencionales.

Finalmente, *las relaciones positivas con otros*, es la capacidad de las personas para poseer relaciones interpersonales cálidas, satisfactorias y confiables. Asimismo, se relaciona con el nivel de preocupación por el bienestar de los demás (Ryff & Singer, 2008).

Respecto a las investigaciones realizadas sobre este modelo en relación con la salud, Ryff y Keyes (1995) encontraron que este constructo puede ejercer una influencia positiva en el sistema inmunológico y, por ende, en la promoción y mantenimiento de la salud. En un estudio realizado con mujeres de la tercera edad, se muestra cómo los altos puntajes en las escalas de relaciones positivas con otros, propósito en la vida y crecimiento personal se relacionan con menor riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular y también con una mejor regulación neuroendocrina.

Asimismo, Friedman y Ryff (2012) estudiaron la relación entre las escalas de propósito en la vida y relaciones positivas con otros y la presencia de una o más enfermedades crónicas en adultos mayores (tales como hipertensión, diabetes y cáncer). Dentro de sus hallazgos, se encontró que a mayor número de enfermedades comórbidas, menor el nivel de satisfacción con la vida y mayor el afecto negativo. A pesar de cierta disminución en algunos aspectos del bienestar subjetivo, conforme el número de enfermedades crónicas era mayor, los niveles de bienestar hedónico y eudaimónico fueron altos. Estos resultados son consistentes con las investigaciones que sugieren que los adultos mayores se han adaptado al uso de estrategias cognitivas y conductuales para un funcionamiento psicológico positivo (Carstensen & Scheibe, 2010).

Si bien a lo largo de los últimos años se ha incrementado el número de estudios del bienestar psicológico y sus implicancias en la salud, las investigaciones sobre dicho constructo realizadas con población oncológica aún son escasas.

Uno de los estudios corresponde al realizado por Ryff (2009), quien identificó la capacidad de resiliencia por en los supervivientes de cáncer (con presencia de estrés

post-traumático) en áreas como las relaciones sociales, la espiritualidad y, directamente, con la dimensión de *crecimiento personal*. Ninguna de ellas se vio afectada negativamente a partir de la experiencia del cáncer, mostrando niveles similares al del grupo control. Estos hallazgos corroboran lo planteado por Pargament et al. (1998, como se citó en Laos, 2010), donde señalan que las prácticas y creencias religiosas están involucradas con frecuencia en los procesos de lidiar con elementos estresantes de la vida diaria, además de influir en la manera cómo la persona puede afrontar una enfermedad.

Por otro lado, Holland y Holahan (2002) realizaron un estudio para determinar la relación entre el bienestar psicológico, el soporte social y los estilos de afrontamiento del paciente. Para este propósito, tomaron en cuenta 5 de las 6 dimensiones del modelo de Ryff, omitiendo la de relaciones positivas con otros. Como resultado, la escala global de bienestar correlacionó positivamente con estrategias aproximativas de afrontamiento y mayor soporte social. Estos hallazgos comprueban lo mencionado previamente sobre la importancia de que el paciente oncológico se perciba en control de sí mismo, de manera que una actitud proactiva ante la enfermedad evidencie un mayor bienestar y viceversa. De la misma manera, se ha demostrado la relación negativa entre los altos niveles de bienestar psicológico con bajos niveles de estrés y deterioro funcional, al igual que con la percepción de un adecuado soporte social (Egert, 2000).

En cuanto al estudio de la relación entre bienestar psicológico y variables sociodemográficas en población oncológica, se ha encontrado que las dimensiones de sentido de vida y crecimiento personal disminuyen notoriamente desde la adultez hasta el comienzo de la vejez (Brim et al., 2004; Chávez, 2008; Keyes & Ryff, 1995; Ryff et al., 2009); mientras que otras, como el dominio del entorno, las relaciones positivas con otros y la autonomía aumentan con el paso de los años. Chávez (2008) atribuye dicho decrecimiento a que la sensación de un constante desarrollo y la dirección de las metas personales va perdiendo intensidad y, por lo tanto, disminuye con la edad. Esto responde a la redefinición de la posición que ocupa el individuo en la sociedad.

Al respecto, Ryff (2009) también encontró diferencias de acuerdo a la edad en supervivientes de la enfermedad. Reporta niveles más altos de depresión y más bajos de afecto positivo y actualización social en adultos jóvenes que en adultos mayores. Una posible explicación para ello responde a la visión catastrófica del cáncer por

parte de los más jóvenes (edades entre 35 y 45 años), quienes perciben que no se encuentran preparados emocionalmente para afrontar las demandas propias de la enfermedad, centrándose en la posibilidad de muerte y pérdida de sus objetivos de vida. Asimismo, cuentan con una mayor cantidad de demandas en las áreas laboral y familiar, lo que conlleva a que el enfrentamiento con el cáncer sea particularmente estresante. Por el contrario, los de mayor edad (entre 60 y 75 años) muestran altos niveles de afecto positivo y sentido de actualización social, que hace referencia a la percepción de la sociedad como un espacio agradable y de mejora para sí mismo y los demás.

Acercas de la investigación del bienestar psicológico en población oncológica en nuestro país, es importante mencionar el estudio realizado por Trigos (2012), quien evaluó el bienestar psicológico en una muestra de pacientes oncológicos de diversos tipos de cáncer (dentro de los cuales se incluye el cáncer de mama), utilizando la adaptación española realizada por Díaz et al. (2006) del modelo propuesto por Carol Ryff. Dentro de los hallazgos más resaltantes de su investigación, se encontró que los pacientes que habían concluido sus estudios superiores mostraron puntajes más altos en la escala global que aquellos que contaban solo con primaria o secundaria completa.

Asimismo, se encontró relación directa entre la variable situación laboral con la escala de propósito en la vida, e indirecta con la escala de relaciones positivas con otros. A partir de ello, es posible inferir que el mantenerse activos laboralmente contribuye a una percepción positiva de la propia vida y el mantenimiento de metas y objetivos.

Por su parte, Becerra y Otero (2013), investigaron la relación entre los estilos de afrontamiento y el bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama peruanas. Al momento de la investigación, las pacientes contaban con un tiempo de diagnóstico no menor a 6 meses, y poseían un estadio clínico del I al III. Si bien encontró una relación significativa e inversa entre el bienestar psicológico global y el estilo de afrontamiento evitativo, no se encontraron diferencias significativas en relación a las variables sociodemográficas y de enfermedad, salvo para la variable tratamiento psicológico.

De la misma manera, las dimensiones obtuvieron puntajes muy similares, siendo las de mayor puntaje las correspondientes a relaciones positivas con otros, autoaceptación y dominio del entorno. Las más bajas corresponden a las de autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal. De acuerdo a las autoras, estos resultados

podrían deberse, por un lado, al pequeño tamaño de la muestra y, por el otro, a su homogeneidad, en la que más del 60% de las participantes tienen una ocupación, estudios superiores, están con pareja, tienen hijos, profesan una religión y están en la fase I y II de la enfermedad. Estos resultados sugerirían que dichas variables no parecen tener un efecto significativo en la percepción del bienestar de las pacientes.

Frente a los hallazgos del estudio del bienestar psicológico presentados hasta este punto, se considera importante reflexionar acerca de los beneficios de su investigación en la población afectada por el cáncer de mama. Ante la tendencia al estudio del impacto negativo del cáncer, es de vital importancia reconocer los recursos con los que cuenta el paciente oncológico para enfrentar la adversidad (Vázquez et al., 2009).

Para este fin, se considera ilustrativo presentar como ejemplo el estudio realizado por Antoni y Carver (2004), cuyos resultados mostraron asociaciones entre el encontrar beneficios en la experiencia del cáncer y el ajuste psicosocial a la misma. Los participantes fueron evaluados en tres ocasiones posteriormente a la cirugía (1, 5 y 8 años después respectivamente). Se encontró relación entre el reconocimiento de aspectos positivos en la experiencia del cáncer y un nivel mayor de optimismo, uso de terminología positiva respecto a su enfermedad y afrontamiento basado en creencias religiosas. Asimismo, aquellas pacientes presentaron menores niveles de estrés y depresión en evaluaciones posteriores. Estos hallazgos nos muestran la importancia de la actitud positiva por parte del paciente, además del efecto del tiempo transcurrido desde el diagnóstico en el ajuste a la enfermedad y su percepción de bienestar.

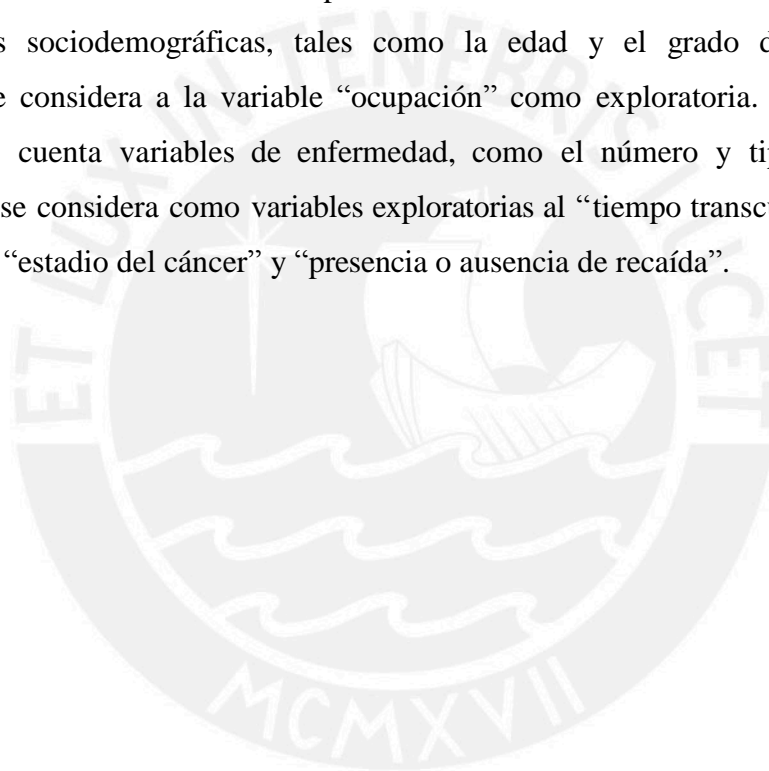
En otras palabras, es posible que la ausencia de emociones o experiencias negativas no sea lo que define una vida buena y rica en experiencias, sino la actitud ante la adversidad y la manera en que se manejan los desafíos y dificultades. Como señalan Costa y Gil (2008), el paciente puede asumir la experiencia aversiva del cáncer de mama como una oportunidad de crecimiento y maduración personal, sin que ello signifique que no reconozca el sufrimiento que la enfermedad le causa. En estos casos, el paciente oncológico muestra una actitud positiva y proactiva, la cual le permite darle un significado a esta dolorosa experiencia.

La perspectiva eudaimónica proporciona un concepto de bienestar que, a diferencia del hedonismo, no se limita a la evaluación subjetiva de lo inmediato, sino que evalúa diversos aspectos personales y del entorno, lo cual proporciona una variedad de recursos y posibilidades de hacer frente a circunstancias adversas. La



investigación del bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama contribuye al desarrollo de una visión integral del paciente, reconociendo y resaltando sus recursos al igual que las áreas debilitadas y que necesitan ser desarrolladas para promover su salud mental.

Considerando estas necesidades, el propósito de la presente investigación radica en describir y comparar el bienestar psicológico y sus dimensiones en pacientes oncológicas que han recibido tratamiento quirúrgico y mujeres que no hayan sido diagnosticadas con esta enfermedad. Para ello, se evaluó a ambos grupos durante un único momento. En cuanto a los objetivos específicos, se evaluó el bienestar psicológico y sus dimensiones en pacientes con cáncer de mama de acuerdo a características sociodemográficas, tales como la edad y el grado de instrucción. Asimismo, se considera a la variable “ocupación” como exploratoria. Por otro lado, se toman en cuenta variables de enfermedad, como el número y tipo de cirugía, mientras que se considera como variables exploratorias al “tiempo transcurrido desde el diagnóstico”, “estadio del cáncer” y “presencia o ausencia de recaída”.



## Método

### Participantes

La muestra de estudio se compone por dos grupos. El grupo objetivo comprende 28 mujeres con cáncer de mama que cuentan con el primer diagnóstico oncológico no metastásico y han sido sometidas a un tratamiento de tipo quirúrgico con un tiempo de anterioridad mínimo de 6 meses. Es importante mencionar que estas pacientes asisten a consulta externa, como parte de su tratamiento post-operatorio en una institución hospitalaria del estado. Por su parte, el grupo de comparación está compuesto por 28 mujeres, participantes de las actividades de la municipalidad de Lince, quienes no han sido diagnosticadas con la enfermedad, pero comparten las mismas características sociodemográficas que el primer grupo. El rango de edad se encontró entre los 36 y 75 años para ambos grupos, obteniendo una media de 56.11 ( $D.E = 11.93$ ) en el grupo de pacientes oncológicas y una media de 55.46 ( $D.E = 11.55$ ) para el grupo de comparación.

En cuanto al grupo objetivo, 12 son nacidas en Lima (42.86%) y 16 en provincia (57.14%). Asimismo, 24 residen en Lima (85.71%) y 4 en provincia (14.28%). Respecto al estado civil, 6 son solteras (21.43%), 2 convivientes (7.14%), 14 casadas (50%) y 6 viudas (21.43%). En referencia al grado de instrucción, 5 presentan estudios escolares incompletos (17.86%), 3 con secundaria completa (10.71%), 2 con estudios técnicos incompletos (7.14%), 4 con una carrera técnica (14.28%), 3 con estudios universitarios incompletos (10.71%) y 11 con estudios universitarios completos (39.28%). En relación a la ocupación, 12 son amas de casa (42.86%), 7 son profesionales (25%), 2 poseen su propio negocio (7.14%) y 7 trabajan como empleadas (25%).

En cuanto al grupo de comparación, 17 son nacidas en Lima (60.71%) y 11 en provincia (39.29%). Asimismo, 24 residen en Lima (85.71%) y 4 en provincia (14.28%). Respecto al estado civil, 4 son solteras (14.28%), 2 convivientes (7.14%), 13 casadas (46.43%), 5 divorciadas (17.86%) y 4 viudas (14.28%). En referencia al grado de instrucción, 5 presentan estudios escolares incompletos (17.86%), 5 con secundaria completa (17.86%), 1 con estudios técnicos incompletos (3.57%), 4 con una carrera técnica (14.28%), 2 con estudios universitarios incompletos (7.14%) y 11 con

estudios universitarios completos (39.26%). En relación a la ocupación, 11 son amas de casa (39.28%), 11 son profesionales (39.28%) y 6 trabajan como empleadas (21.43%).

Asimismo, se tomaron en cuenta variables médicas para el grupo de pacientes con cáncer de mama. El promedio de tiempo transcurrido desde el diagnóstico fue de 20 meses ( $D.E= 8.34$ ), mientras que la media de cirugías realizadas fue 1.32 ( $D.E= 0.77$ ). En cuanto al estadio de la enfermedad, 5 pertenecen al estadio I, 14 al estadio II y 9 al estadio III. Respecto al tipo de cirugía, 2 se realizaron una tumorectomía, 21 una mastectomía radical, 4 una tumorectomía más una mastectomía radical posterior y 1 se sometió a una mastectomía radical bilateral. En relación a otros tratamientos complementarios, 10 se sometieron a quimioterapia, 11 a radioterapia más quimioterapia, 2 a quimioterapia y hormonoterapia y 3 a quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. Asimismo, solo 2 sufrieron una recaída y 5 cuentan con antecedentes de cáncer en la familia. Todos estos datos fueron recogidos a través de una ficha de datos sociodemográficos y médicos (apéndice B y C).

Es importante mencionar que la participación en este estudio fue anónima y voluntaria. Se entregó a los participantes un consentimiento informado en el cual se les explicó el objetivo del estudio y el cuidado de la confidencialidad de los datos (apéndice D y E).

## Medición

El bienestar psicológico fue medido a través de la adaptación de las escalas de Carol Ryff realizada en España por Díaz et al. (2006), versión reducida de 29 ítems que se agrupan en las 6 dimensiones del modelo de Ryff (1989). El formato de respuesta es una escala de tipo Likert de 6 puntos: totalmente en desacuerdo (1), moderadamente en desacuerdo (2), ligeramente en desacuerdo (3), ligeramente de acuerdo (4), moderadamente de acuerdo (5) y totalmente de acuerdo (6). Además, cuenta con un grupo de ítems inversos, los cuales corresponden a los ítems 2, 4, 8, 9, 13, 19, 22 y 23. Para esta adaptación, se contó con una muestra no clínica de 467 personas (258 hombres y 209 mujeres) con edades entre los 18 y 72 años ( $M= 33$ ). Con esta nueva versión, los niveles de consistencia interna obtenidos se mantuvieron e incluso mejoraron (alfa de Cronbach de .70 a .84).



En cuanto a la validez de las escalas, esta se apoyó mediante un análisis factorial confirmatorio (método de estimación: máxima verosimilitud). Se plantearon seis modelos teóricos diferentes, siendo el último el que recoge la estructura de bienestar psicológico propuesta por Van Dierendonck (2004), que añade a la estructura original de seis dimensiones de Ryff un factor de segundo orden denominado bienestar psicológico. Se obtuvo así un valor de  $\chi^2 = 2306.75$ ,  $df = 696$ ,  $AIC = 2552.75$ ,  $CFI = .76$ ,  $NNFI = .75$ ,  $SRMR = .07$  y  $RMSEA = .07$ .

Asimismo, se cuenta con estudios realizados en población sana que han utilizado esta versión de la prueba y obtenido niveles adecuados de confiabilidad. Por ejemplo, la investigación realizada por Zubieta y Delfino (2010) con población joven argentina, donde se obtuvo los siguientes coeficientes: autoaceptación ( $\alpha = .78$ ), relaciones positivas con otros ( $\alpha = .82$ ), autonomía ( $\alpha = .69$ ), dominio del entorno ( $\alpha = .51$ ), crecimiento personal ( $\alpha = .64$ ) y propósito en la vida ( $\alpha = .78$ ). De la misma manera, De-Juanas, Limón y Navarro (2013) aplicaron dicho instrumento en adultos mayores españoles, obteniendo niveles altos de consistencia interna para todas las dimensiones y la escala global (de .63 a .80).

En nuestro medio, Trigos (2012) utilizó la adaptación de Díaz (2006) para medir los niveles de Bienestar Psicológico en población oncológica, tanto en su escala global como en las 6 dimensiones del modelo. Con el objetivo de que los participantes lograran una mayor comprensión de los ítems, Trigos (2012) realizó algunas modificaciones a partir de la evaluación lingüística de los mismos por parte de especialistas en el tema, para así conservar la coherencia articulada por la teoría. Los ítems modificados corresponden a los ítems 4, 5, 9, 22, 26 y 28 (Apéndice F).

Cabe mencionar que en nuestro país, Cubas (2003) validó la versión de 84 ítems en una muestra de estudiantes universitarios entre los 18 y 31 años de edad. Sin embargo, para este estudio se consideró importante aplicar una versión que no fuera muy extensa debido a las características de la muestra. Es así que se optó por utilizar la adaptación realizada por Díaz et al. (2006), la cual se consideró como una buena alternativa por su corta extensión, alta consistencia interna entre las dimensiones y adecuado ajuste al modelo conceptual.

Para la presente investigación, el grupo objetivo obtuvo una confiabilidad de .87 en la escala global de bienestar psicológico. En cuanto a la confiabilidad por dimensiones, las más altas corresponden a autoaceptación (alfa de Cronbach de .88) y

propósito en la vida (alfa de Cronbach de .70), seguidas por las dimensiones de autonomía (alfa de Cronbach de .55) y relaciones positivas con otros (alfa de Cronbach de .62). Las dimensiones con índices de confiabilidad más bajos corresponden a crecimiento personal (alfa de Cronbach de .11) y dominio del entorno (alfa de Cronbach de .32).

Por su parte, el grupo de comparación contó con una confiabilidad de .50 para la escala global de bienestar psicológico. Las dimensiones propósito en la vida y relaciones positivas con otros fueron las que obtuvieron mayor confiabilidad (alfa de Cronbach de .78 en ambos casos), seguidas por las dimensiones de autoaceptación (alfa de Cronbach de .50) y autonomía (alfa de Cronbach de .60). Las más bajas corresponden a dominio del entorno (alfa de Cronbach de .23) y crecimiento personal (alfa de Cronbach de .48).

Es importante señalar que en ambos grupos las dimensiones de crecimiento personal y dominio del entorno obtuvieron una baja confiabilidad.

### **Procedimiento**

La presente investigación se trata de un estudio en el que se evalúa el bienestar psicológico con sus respectivas dimensiones en un grupo de mujeres con cáncer de mama que han recibido tratamiento de tipo quirúrgico. Dado que no se encuentran baremos para esta población particular, se evaluó a un grupo de mujeres que compartían las variables sociodemográficas del primer grupo pero que no habían sido diagnosticadas con la enfermedad, el cual constituyó el grupo de comparación.

Para la muestra de pacientes oncológicas, se solicitó el permiso respectivo a la unidad de oncología de una institución hospitalaria del estado. Se presentó una solicitud al doctor en jefe, explicando los objetivos de la investigación y las características de la muestra. En el caso del grupo de comparación, se solicitó la participación de un grupo de mujeres con las características previamente mencionadas, quienes forman parte de los talleres de la municipalidad del distrito de Lince

La evaluación de la totalidad de participantes se dio de manera individual. En primer lugar, se presentó el consentimiento informado, recalando que su participación era totalmente anónima y voluntaria. Una vez leído y firmado dicho documento, se procedió al llenado de la ficha de datos. Finalmente, se aplicó la prueba, la cual fue desarrollada por las participantes bajo la supervisión de la evaluadora.

### **Análisis de datos**

Los datos fueron analizados a través del programa SPSS, versión 19.

En primer lugar, se realizó el análisis de confiabilidad por grupos (objetivo y de comparación) de la medida de bienestar psicológico global y sus dimensiones. Posteriormente, se procedió a realizar la prueba de normalidad de las escalas.

En el grupo de pacientes oncológicas se encontró que las dimensiones relaciones positivas con otros, autonomía y dominio del entorno obtuvieron una distribución de datos normal, mientras que el puntaje global de bienestar psicológico además de las dimensiones de crecimiento personal, propósito en la vida y autoaceptación resultaron no normales. En el grupo de comparación se observa que el puntaje global de bienestar psicológico al igual que las dimensiones de relaciones positivas con otros y autonomía resultaron ser normales, mientras que dominio del entorno, crecimiento personal, propósito en la vida y autoaceptación resultaron no normales.

Con estos datos, se procedió a realizar el análisis para pruebas paramétricas en el caso de las dimensiones normales y el análisis de pruebas no paramétricas para las dimensiones no normales.

Para comparar los índices del bienestar psicológico y sus dimensiones entre el grupo objetivo y el de comparación, se realizó una comparación de medias. Es así que se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney en el caso de la medida global y las dimensiones autoaceptación, propósito en la vida, crecimiento personal y dominio del entorno. Para las dimensiones autonomía y relaciones positivas con otros se utilizó la T de Student.

Posteriormente, se procedió a analizar los datos obtenidos del grupo de pacientes con cáncer de mama, de acuerdo a los objetivos específicos planteados para la presente investigación.

Para evaluar el bienestar psicológico y sus dimensiones, en relación a las variables sociodemográficas edad y grado de instrucción, se tomó en cuenta la normalidad de las dimensiones. Para la variable edad, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson con las dimensiones normales (relaciones positivas con otros, dominio del entorno y autonomía), mientras que para las dimensiones no normales (bienestar psicológico global, autoaceptación, crecimiento personal y propósito en la vida) se utilizó el estadístico Rho de Spearman. En cuanto a la variable grado de instrucción, se realizó una comparación de medias. Para ello, se utilizó la prueba Anova

de un factor para las dimensiones normales y la prueba Kruskal Wallis para las no normales.

En el caso de la variable ocupación, considerada como exploratoria, se siguió el mismo procedimiento que el correspondiente a la variable grado de instrucción. Se realizó una comparación de medias teniendo en cuenta la normalidad de las dimensiones, utilizando la prueba Anova o Kruskal Wallis respectivamente.

Finalmente, para evaluar el bienestar psicológico y sus dimensiones de acuerdo a las variables de enfermedad, se siguió el mismo procedimiento que para las variables sociodemográficas. En el caso del número de cirugías, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y Rho de Spearman de acuerdo a la normalidad de las dimensiones. Por otro lado, no fue posible realizar la comparación de medias en base al tipo de cirugía para el bienestar psicológico global y sus dimensiones, ello debido a que el tamaño de la  $n$  no es equivalente entre grupos.

Respecto a las variables de enfermedad consideradas como exploratorias, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson o Rho de Spearman. En el caso de las variables estadio del cáncer y presencia o ausencia de recaída, no fue posible realizar la comparación de medias debido a la falta de equivalencia en el tamaño de los grupos.

## Resultados

A continuación, se presentarán los resultados correspondientes a los análisis estadísticos realizados a partir del objetivo general y los objetivos específicos de la presente investigación. En primer lugar, se describe y compara los índices de bienestar psicológico global y sus respectivas dimensiones entre el grupo de pacientes con cáncer y el grupo de mujeres sanas. Posteriormente, se presentan los hallazgos significativos respecto a la comparación del bienestar psicológico global y sus dimensiones según variables sociodemográficas y de enfermedad.

En la tabla 1 se muestra la comparación de medias de la escala global de bienestar psicológico y sus dimensiones, entre el grupo de pacientes oncológicas y el de mujeres sanas. No se hallaron diferencias significativas tanto a nivel global como dimensional. Sin embargo, se considera importante tener en cuenta estos resultados puesto que responden al objetivo general del presente estudio.

No se incluyen las dimensiones crecimiento personal y dominio del entorno por haber obtenido una baja confiabilidad.

Tabla 1

*Comparación del bienestar psicológico global y sus dimensiones entre el grupo de pacientes con cáncer (grupo objetivo) y el grupo de mujeres sanas (grupo de comparación)*

	Grupo objetivo (n=28)			Grupo de comparación (n=28)			t(54)/U	p
	M	DE	Mdn	M	DE	Mdn		
Bienestar psicológico global	136.96	20.56	143.00	135.61	17.74	137.0	361.50	.62
Autoaceptación	20.00	5.04	22.00	20.18	3.26	21.00	338.50	.38
Autonomía	27.64	5.39		27.43	3.20		-0.23	.82
Relaciones positivas con otros	22.21	5.15		20.86	5.84		0.92	.36
Propósito en la vida	25.82	4.84	27.50	28.11	8.12	26.00	344.00	.43

*Nota:* El estadístico T de student se utilizó para las dimensiones autonomía y relaciones positivas con otros.

Respecto a las variables sociodemográficas del grupo objetivo, encontramos correlaciones significativas de acuerdo a la edad en dos dimensiones del bienestar psicológico. Se evidencia una relación directa mediana entre la edad y la dimensión autonomía ( $r=.39$ ,  $p=.04$ ), al igual que con la dimensión autoaceptación ( $r=.41$ ,  $p=.03$ ).

En el caso de las variables de enfermedad, se encuentran correlaciones significativas con la medida de bienestar psicológico global y sus dimensiones.

En la tabla 2 observamos la relación existente entre la variable número de cirugías realizadas y el bienestar psicológico global, la dimensión autoaceptación y la dimensión propósito en la vida. En el primer caso se evidencia una relación inversa alta, mientras que en los otros dos se trata de una relación inversa mediana. Asimismo, se ha encontrado una relación inversa de intensidad mediana ( $r=-.48$ ;  $p=.01$ ) entre la dimensión autonomía y el número de cirugías. No se halló relación significativa para la dimensión y relaciones positivas con otros (ver Apéndice A).

Tabla 2

*Correlación entre el número de cirugías realizadas y los índices de bienestar psicológico global, autoaceptación y propósito en la vida en pacientes con cáncer de mama.*

	Número de cirugías realizadas	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Bienestar psicológico global	-.53	.00
Autoaceptación	-.49	.01
Propósito en la vida	-.46	.02
Autonomía	-.48	.01

*Nota:* Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para la dimensión autonomía.



Respecto a la variable tipo de cirugía realizada, no fue posible realizar el contraste necesario debido a que el tamaño de la “n” de los grupos no es equivalente, como se muestra a continuación: tumorectomía (n= 2), mastectomía radical (n= 21), tumorectomía más mastectomía radical (n= 4) y mastectomía radical bilateral (n= 1).

En cuanto a las variables sociodemográficas, el grado de instrucción no resultó significativo (ver Apéndice A), al igual que la variable ocupación, considerada como exploratoria.

Respecto a las variables de enfermedad consideradas como exploratorias, no se encontraron diferencias significativas de acuerdo al tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de mama. En el caso de las variables estadio de la enfermedad, y presencia o ausencia de recaída, tampoco fue posible realizar el contraste necesario debido a la falta de equivalencia del tamaño de los grupos. Para estadio de la enfermedad, los grupos fueron: estadio 1 (n= 5), estadio 2 (n=14) y estadio 3 (n=9). En cuanto a la variable presencia y ausencia de recaída, los grupos fueron: si (n=2) y no (n= 26).





## Discusión

En este capítulo se procederá a describir e interpretar los resultados obtenidos en la presente investigación, tanto a nivel conceptual como respecto a su aplicación clínica. Para este fin, se comenzará por responder al objetivo general, para luego discutir los resultados significativos relacionados a las variables sociodemográficas y de enfermedad, teniendo en cuenta su relación con el abordaje de la experiencia oncológica e intervención clínica de la misma. Finalmente, se presentarán los principales alcances y limitaciones del presente estudio, al igual que las posibles líneas de investigación a realizar en el futuro.

El objetivo general fue comparar los niveles de bienestar psicológico a nivel global, y por dimensiones, entre pacientes con cáncer de mama que han recibido tratamiento quirúrgico y mujeres que no presentan dicha enfermedad, pero que comparten sus características sociodemográficas. En tal sentido, no se reportaron diferencias significativas entre ambos grupos, tanto a nivel del bienestar psicológico global como por dimensiones. Dentro de las posibles razones para este resultado, se deben tomar en cuenta dos ejes principales. En primer lugar, el aspecto teórico, vinculado al análisis del bienestar desde la perspectiva eudaimónica y hedónica. En segundo lugar, el rol de algunas características sociodemográficas y de enfermedad en dicho resultado.

Como se ha mencionado en la introducción del presente estudio, el modelo de bienestar psicológico de Ryff está basado en la perspectiva eudaimónica, la cual concibe el bienestar no como un estado a alcanzar, sino como un proceso por el cual la persona busca desplegar su potencial como ser humano (Ryan, Huta & Deci, 2008). Se trata de vivir conforme a los propios valores, dándole sentido a las experiencias de vida, al desarrollo como individuo y las relaciones cercanas y de calidad con otros (Oramas, Santana & Vergara, 2006; Ryan & Deci, 2001).

Por su parte, el bienestar subjetivo, basado en la perspectiva hedónica, consiste en una evaluación subjetiva de las condiciones de vida actuales (Ryff, Keyes & Shmotkin, 2002).

De acuerdo a Diener y Lucas (1999), el bienestar subjetivo abarca tres aspectos importantes: la satisfacción con la vida, la presencia de afecto/ánimo positivo y la ausencia de afecto/ánimo negativo.

Frente a ambos modelos, se decidió investigar el bienestar psicológico en pacientes oncológicas, al ser el cáncer una experiencia desafiante a nivel existencial (Alarcón, 2006; Mesenguer, 2003). El paciente se confronta continuamente con su vulnerabilidad humana al tener que lidiar con el malestar producto de su sintomatología y los efectos propios del tratamiento. De esta manera, el cáncer de mama produce un impacto no solo a nivel físico, sino también emocional y psicológico (Bayés, 2000; Jimenez, 2006; Spencer, Carver & Price, 1998).

Es precisamente la vivencia emocional del cáncer aquella que, probablemente, no ha podido ser evaluada a mayor profundidad a partir de la perspectiva eudaimónica. Esto debido a que el modelo de bienestar psicológico pretende que la persona realice una autoevaluación o reflexión profunda de su proceso de vida, no sólo de la experiencia del cáncer (Cuadra & Florenzano, 2003). Por su parte, el bienestar subjetivo busca que el individuo establezca un balance entre sus afectos positivos y negativos en la actualidad, planteamiento base de diversas investigaciones acerca de la calidad de vida y satisfacción con la misma, las cuales evidencian cómo el afecto frente a la experiencia del cáncer influye en el ajuste a la enfermedad y el significado que otorga el paciente a este padecimiento (Costanzo, 2012; Ibañez & Romero, 2000; Schroevers, Sanderman, Sonderen & Ranchor, 2000; Vasquez & Castilla, 2007).

Frente a lo expuesto, sería importante entonces considerar la pertinencia de utilizar solamente un modelo para evaluar el bienestar en esta población. Es posible que no se encontraran diferencias significativas entre ambos grupos, debido a que el impacto de la enfermedad es mayor en la satisfacción con la vida percibida y afectividad del paciente durante dichas circunstancias, que en el desarrollo de su potencial como ser humano. Una interpretación positiva de estos resultados podría ser que la paciente oncológica cuenta con la capacidad para afrontar activamente la enfermedad y mantener un nivel de bienestar similar al de las mujeres sanas.

Siguiendo esta línea, es indispensable tener en cuenta una de las características más importantes de esta muestra particular. Con ello nos referimos al tiempo transcurrido desde el diagnóstico del cáncer, el cual fue en promedio 1 año y 8 meses (con un mínimo de 8 meses y un máximo de 3 años). Si bien se han realizado muy pocas investigaciones que evalúen el bienestar psicológico de acuerdo al modelo de Ryff en esta población particular, un mayor número de estudios han reportado cambios en la calidad de vida, el afecto y otros factores que pueden darnos

luces acerca de este tema (Ganz et al., 1998; Stanton, Danoff-Burg & Huggings, 2002).

Dichos estudios reportan cambios positivos respecto al impacto psicológico de la enfermedad y el tratamiento a lo largo del primer año (Helgeson, 2010; Novoa, Obispo, Pertuz, Rivera & Vargas, 2010), factor que podría explicar la ausencia de diferencias significativas entre el grupo oncológico y el grupo comparativo en la presente investigación. Al respecto, Reich y Remor (2011) realizaron un estudio en pacientes uruguayas con cáncer de mama encontrando una relación significativamente positiva entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y los niveles de CVRS (calidad de vida relacionada a la salud) y salud mental. De la misma manera, se encontró una relación inversa entre el paso del tiempo desde el diagnóstico y los niveles de sintomatología depresiva y estrés percibido.

Asimismo, es importante considerar la capacidad del paciente para encontrar beneficios en la experiencia del cáncer de mama, su actitud optimista y estrategias de afrontamiento, todos ellos factores que representan una influencia positiva durante la etapa post-operatoria. Se ha demostrado que un porcentaje considerable de pacientes oncológicos presentan la capacidad para mantener la felicidad y calidad de vida durante tiempos de dificultad física y emocional. Ello se relaciona a la habilidad para lidiar con el tratamiento quirúrgico y buscar un significado a la experiencia (Antoni, Boyers, Carver & Urcuyo 2005; Cook & Mattheus, 2009).

Frente a ello, se cuentan con estudios longitudinales como el realizado por Antoni, Arena, Carver y Culver (2002), realizado en mujeres hispanas, afroamericanas y blancas no-hispanas que habían sido diagnosticadas con cáncer de mama y debían someterse a cirugía. Se tomaron en cuenta las diferencias en los niveles de estrés pre cirugía (2 días antes) y post- cirugía (a los 7 y 10 días; 3, 6 y 12 meses). Se encontró que los niveles de estrés se elevaron previamente a la cirugía, disminuyeron a niveles normales post-cirugía y luego se estabilizaron. Ello puede contrastarse con los resultados de la investigación realizada por Antoni et al. (2005), donde se encontró que tanto la personalidad optimista como el nivel del bienestar psicológico del paciente durante el tratamiento predice su bienestar psicológico a largo plazo, hasta 5 y 13 años después del diagnóstico respectivamente.

Un estudio comparativo importante que refuerza la hipótesis del tiempo transcurrido desde el diagnóstico como un factor influyente en el bienestar de las

pacientes con cáncer de mama, corresponde al realizado por Andrykowski, Carlson, Cordova y Cunningham (2001). Dicha investigación evaluó a sobrevivientes de cáncer de mama y mujeres sanas (sin historial de cáncer ni otra enfermedad crónica), con el objetivo de comparar resultados y determinar si existían diferencias en cuanto a sus niveles de depresión, bienestar y crecimiento post-traumático. Ambos grupos contaron con participantes mujeres mayores de 18 años y de equivalentes grados de instrucción. El grupo de pacientes con cáncer de mama contó con una media de edad de 54 años (rango de edades entre 27 y 87 años), sin historial de otros tipos de cáncer o enfermedades crónicas, habiendo transcurrido en promedio 23.6 meses desde el diagnóstico. Asimismo, todas habían sido sometidas a tratamiento quirúrgico, ya sea tumorectomía, mastectomía unilateral o radical.

Como resultado, no se encontraron diferencias significativas entre las pacientes con cáncer y las mujeres sanas en cuanto a sus niveles de depresión y bienestar, mas el grupo de pacientes oncológicas mostró un mayor crecimiento post-traumático, relacionado particularmente a las áreas de relaciones con otros, apreciación de la vida y cambio espiritual. En otras palabras, las pacientes con cáncer de mama podrían presentar niveles de bienestar similares a los de mujeres sanas, además de poseer recursos cognitivos y emocionales para afrontar la adversidad.

Analizando los resultados de las investigaciones mencionadas y el presente estudio, se plantea la hipótesis de que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico puede haber favorecido a que el bienestar psicológico de las pacientes retorne a sus niveles normales. Al momento del estudio, la mayoría de ellas poseía un diagnóstico mayor a un año, tiempo que explicaría la aceptación de su situación actual de salud y las circunstancias que esta implica (Becerra & Otero, 2013). En este punto, se considera importante resaltar el concepto de bienestar psicológico como un estado de equilibrio. El bienestar eudaimónico no se refiere únicamente a un florecimiento psicológico y de auto-realización, sino también de salud. Como se ha revisado a lo largo de la presente investigación, el bienestar responde también a una regulación óptima de múltiples sistemas neurológicos y fisiológicos (Springer, Pudrovská & Hauser, 2011).

Asimismo, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico puede haberles otorgado la oportunidad de reconocer los efectos de su conducta sobre su funcionamiento fisiológico, y, de igual manera, identificar posibilidades de acción frente a hechos sobre los que aparentemente no tenían control. Ello constituye una herramienta para reducir el malestar, incrementar el equilibrio del organismo y

experimentar mayor bienestar (Ballesteros & Caycedo, 2002). El poder ir más allá de los aspectos negativos de la experiencia del cáncer de mama, puede favorecer el ajuste a la enfermedad, reconociendo beneficios tales como el acercamiento a la espiritualidad, fortalecer los lazos afectivos con otros, encontrar un sentido y realizar cambios en las prioridades de vida (Algoe & Stanton, 2009; Córdova, Cunningham, Carlson & Andrykowski, 2001). No se trata de la ausencia total de afecto negativo o sintomatología depresiva, sino de un decrecimiento de los mismos y el retorno a los niveles normales de bienestar con el paso del tiempo (Elkilt & Blum, 2011).

Por otro lado, existen algunos hallazgos relacionados a las variables sociodemográficas y de enfermedad que han resultado significativos, específicamente para el grupo de pacientes oncológicas y podrían representar un recurso valioso para futuras investigaciones.

Se encontró relación positiva entre la edad y las dimensiones de autoaceptación y autonomía. Este hallazgo es consistente con otros estudios realizados en supervivientes de cáncer, donde se aprecia que los pacientes jóvenes suelen percibir la experiencia como catastrófica ante la falta de anticipación y la ausencia de pares que se encuentren en la misma circunstancia adversa (Brim et al., 2004; Chávez, 2008; Ryff, 2009; Ryff & Singer, 2008).

Un concepto que podría ayudar a comprender por qué, aparentemente, las pacientes mayores logran afrontar la enfermedad con mayor éxito que las jóvenes, corresponde a la “adaptación”. Villar et al. (2003) propone que el envejecimiento sitúa a las personas en “un escenario nuevo, que presenta cambios y situaciones desventajosas o amenazantes”, como una enfermedad crónica, debiendo realizar esfuerzos para ajustarse a esta nueva realidad. La adaptación se relaciona a su vez con el concepto de “meta”, el cual hace alusión a “un estado distinto al actual, el cual se desea alcanzar”, haciéndose posible mediante una actitud proactiva.

Es posible que la adaptación funcione como un mecanismo que permita a las pacientes mayores aceptar las condiciones en las que se encuentran, siendo conscientes de las vivencias que acompañan al proceso de envejecimiento. Por su parte, las mujeres jóvenes podrían estar dándole un significado catastrófico a la enfermedad al enfocarse en los cambios físicos, considerando al tratamiento quirúrgico como la pérdida del atractivo físico o con consecuencias negativas para la maternidad, dificultando así la aceptación de la nueva imagen corporal y su condición física (Cook & Zelzet, 2006; Antequera, Blanco & Vázquez-Ortiz, 2010). De esta manera, el



diagnóstico y la experiencia del cáncer para estas mujeres, aunque traumáticos por naturaleza, aparentemente no presentarían el carácter catastrófico que caracteriza el pensamiento de las pacientes oncológicas más jóvenes (Stanton et al., 2002).

Respecto a la autonomía, dimensión que hace referencia a la postura independiente del individuo y su capacidad para tomar decisiones gracias a la seguridad manifiesta en sí mismo (Ryff, 1989), es posible que las pacientes jóvenes se vean más afectadas que aquellas de mayor edad a causa de la incertidumbre que genera el cáncer en sus vidas. Puede que una mujer mayor de 60 años en adelante, no posea tantas metas que cumplir a largo plazo como una mujer joven, de manera que logra adaptarse con mayor facilidad a su condición de paciente oncológica. Por lo general, el concepto de juventud es asociado con la salud y la libertad de decidir y crear, de manera que el que una mujer joven padezca una enfermedad crónica como el cáncer de mama, podría ser considerado por ella misma como la pérdida de su fortaleza e independencia frente a planes futuros (Banks et al., 2006; Bloom & Wong-Kim, 2005).

En cuanto a las variables de enfermedad, se encontró relación inversa entre el número de cirugías realizadas y la medida de bienestar psicológico global, además de las dimensiones de autoaceptación, propósito en la vida y autonomía.

Esto podría deberse a la experiencia traumática de enfrentarse a una cirugía en más de una ocasión y los riesgos que ello implica. El temor a la muerte juega un rol crucial, al ser una constante en la vivencia de enfermedades crónicas, la cual puede “reactivarse” con la noticia de necesitar nuevamente una cirugía. La paciente puede interpretar este hecho como una nueva derrota en su batalla contra la enfermedad, sintiéndose aún más desamparada y afectando su percepción de autonomía sobre su vida y su futuro (Evan, Kaufman, Cook & Zeltzer, 2006; Sheppard & Ely, 2008; Vázquez-Ortiz, Antequera & Blanco, 2010).

Asimismo, someterse a una segunda cirugía representa nuevos cambios en su imagen corporal, la cual ya se ha visto alterada al someterse al primer procedimiento. Esto se relaciona a su vez con el concepto de mama como símbolo de femineidad, atractivo sexual y capacidad reproductiva (Haber, 2000). La paciente con cáncer de mama necesita reestructurar la imagen que tiene de sí misma, como un proceso adaptativo, el cual puede verse influenciado por emociones como el temor, culpa, vergüenza, entre otros (Evan, Kaufman, Cook & Zeltzer, 2006; Vázquez-Ortiz,

Antequera & Blanco, 2010). Estos cambios radicales en su apariencia y condición física, podrían influenciar negativamente la autoaceptación (Ryff, 1989) de esta nueva realidad de vida por parte de la paciente. En cuanto al propósito en la vida, definido como otorgar un sentido a la propia existencia y actuar de acuerdo a ciertos valores, es posible que el reconocimiento de la propia vulnerabilidad al encontrar su vida en peligro afecte negativamente la planificación de metas y objetivos para el futuro en estas pacientes. El temor a la muerte puede poner en tela de juicio los objetivos de vida y el sentido que otorga la paciente a sus vivencias, ansiedad que se ve reactivada ante la necesidad de someterse a una nueva cirugía (Carver et al., 2005; Henselmans, 2009). Es importante recordar que esta dimensión se nutre de perspectivas existencialistas de la psicología sobre el rol que posee el sentido de vida en situaciones traumáticas, como lo es el cáncer de mama (Trigoso, 2012).

A partir de lo expuesto hasta este punto, creemos importante reflexionar acerca de las limitaciones y alcances del presente estudio.

Esta investigación constituye uno de los primeros acercamientos al estudio del bienestar psicológico en población oncológica peruana. Si bien la prueba utilizada no está dirigida específicamente a población oncológica, es importante recalcar que no existen otros instrumentos que evalúen el bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama específicamente. Frente a ello, esta adaptación del modelo de Ryff (1989) se considera pertinente, no sólo por sus altos niveles de confiabilidad, sino también por la base teórica del modelo, el cual busca que el individuo realice una evaluación de sus experiencias de vida y su capacidad de afrontamiento y resiliencia frente a la adversidad. Como se ha mencionado a lo largo de esta investigación, el cáncer de mama representa un cambio total en la vida de quien lo padece, afectando tanto su salud física como psicológica. Es así que el estudio del bienestar en mujeres con dicha enfermedad puede considerarse necesario como reconocimiento de los recursos psicológicos del paciente en pos del cuidado de su salud mental y emocional.

Una limitación podría corresponder a la proporción reducida de la muestra ( $n=56$ , 28 pacientes oncológicas y 28 mujeres sanas), teniendo en cuenta que otras investigaciones utilizaron muestras de mayor tamaño, sobrepasando los 100 participantes (Costanzo, Ryff & Singer, 2009; Trigoso, 2012). Fue precisamente este factor el motivo por el cual no fue posible realizar un análisis factorial de los datos. En otras palabras, el no contar con una muestra de mayor tamaño representa un

obstáculo para captar la variabilidad de los resultados y podría ser una de las razones para la baja confiabilidad de las dimensiones de crecimiento personal y dominio del entorno.

Sin embargo, se considera otra posible explicación para ello. Como se mencionó previamente, estos resultados coinciden con lo hallado por Trigoso (2012), quien obtuvo también una baja confiabilidad en ambas dimensiones, sugiriendo que este evento podría responder a diferencias del contexto social y cultural. Es posible que los ítems correspondientes a dichas dimensiones no hayan sido comprendidos adecuadamente por las participantes, a pesar de las modificaciones realizadas en su redacción.

Ante lo expuesto, se considera importante recordar los motivos por los cuales se eligió utilizar la versión española frente a la adaptación peruana realizada por Cubas (2003). Si bien existen diferencias culturales importantes a considerar, se creyó conveniente utilizar la adaptación de Díaz et al. (2006) ya que presentó altos niveles de confiabilidad y validez de constructo en diversos estudios con población sana (De-Juanas et al., 2013; Zubieta & Delfino, 2010), además de contar con una menor cantidad de ítems, característica importante frente a las condiciones de la muestra. El aplicar una prueba muy extensa podría influir negativamente en la susceptibilidad del paciente, razonamiento compartido por Trigoso (2012) en su investigación.

A pesar de las limitaciones mencionadas, la presente investigación ha permitido llegar a conclusiones importantes. En cuanto al aporte para la intervención clínica en esta población, resaltamos la importancia de la exploración y reconocimiento de los recursos con los que cuentan las pacientes de cáncer de mama, más allá del estudio del impacto negativo de la enfermedad y el tratamiento. Como se ha podido observar, la muestra en cuestión puede desarrollar cambios positivos a lo largo del tiempo, prueba de la capacidad de reactualización y adaptación del ser humano. Es posible hablar de bienestar a pesar de la experiencia del cáncer, el cual puede servir como un elemento amortiguador o protector frente a los efectos adversos de esta vivencia negativa (Fredrickson, 2009; Friedman & Ryff, 2012).

Como mencionan Franks y Roesch (2006), la relación existente entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la evaluación de la situación y el estilo de afrontamiento sugiere que probablemente a mayor tiempo de haber recibido la noticia de padecer dicha enfermedad, la paciente con cáncer de mama percibe que ha



“superado la adversidad” y que tiene mayores posibilidades de sobrevivir a la enfermedad a largo plazo. A estos hallazgos se podrían incorporar los resultados obtenidos en el presente estudio comparativo, donde se evidencia que los niveles de bienestar psicológico entre mujeres sanas y pacientes con cáncer de mama no presentan diferencias significativas. Es importante que estos hallazgos puedan ser explorados y contrastados con futuras investigaciones que cuenten con una muestra representativa de pacientes de dicho tipo de cáncer en el Perú, ya que es pertinente recordar que esta investigación fue exploratoria respecto a su temática y contexto de aplicación.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se considera integrar la investigación sobre el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo en población oncológica, reconociendo la importancia de la evaluación y reflexión de las experiencias vividas por el paciente al igual que del afecto que las acompaña. Asimismo, creemos necesario realizar una evaluación cualitativa, la cual permita conocer a mayor detalle el significado de la experiencia del cáncer de mama para cada paciente en particular.

De la misma manera, a partir de la revisión teórica para el presente estudio y los resultados obtenidos, se sugiere investigar la relación existente entre el bienestar del paciente, el ajuste a la enfermedad y estrategias de afrontamiento, temas que podrían complementar el estudio del bienestar y proveer una imagen integral del paciente oncológico. En cuanto a la selección de los participantes, se considera importante contar con una muestra más amplia, que permita obtener resultados que luego puedan ser generalizados a la población oncológica mamaria peruana.

Para finalizar, este estudio puede marcar el inicio a nuevas líneas de investigación que permitan comprender a mayor profundidad el rol del bienestar psicológico y su relación con la experiencia del cáncer de mama en pacientes que hayan recibido tratamiento quirúrgico. Esto permitirá resaltar los aspectos positivos y recursos de la paciente oncológica para afrontar dicha enfermedad, reconociendo su capacidad de superación y resiliencia ante la adversidad.



## Referencias

- Alarcón, A. (2006). La Personalidad del Paciente con cáncer y las Modalidades de Afrontamiento. En: Alarcón, A. (Ed.), *Manual de Psicooncología* (pp. 91-108). Bogotá: JAVEGRAF.
- Algoe, S., & Stanton, A. (2009). Is benefit finding good for individuals with chronic disease? En Park, C. L., Lechner, S. C., Antoni, M. H., & Stanton, A. L. (Eds.) *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* (pp. 173-193). Washington, DC: American Psychological Association.
- Almonacid, V., Lluch, A., Moreno, P., & Queipo, S. (2006). Análisis del proceso de enfermedad: Variable médicas y psicológicas en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 3(1), 163-174.
- Andersen, R., Bowen, D., Morea, J., Stein, K., & Baker, F. (2009). Involvement in Decision-Making and Breast Cancer Survivor Quality of Life. *Health Psychology*, 28 (1), 29-37.
- Antoni, M. & Carver, C. (2004). Finding Benefit in Breast Cancer During the Year After Diagnosis Predicts Better Adjustment 5 to 8 Years After Diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595-598.
- Arora, N., Gustafson, D., Hawkins, R., McTavish, F., Celia, D., Pingree, S., Mendenhall, J., & Mahvi, D. (2001). Impact of Surgery and Chemotherapy on the Quality of Life of Younger Women with Breast Carcinoma: A Prospective Study. *Cancer*, 92(5), 1288-1298.
- Ballesteros, B., & Caycedo, C. (2002). *El bienestar psicológico del análisis del comportamiento*. Manuscrito inédito. Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Barroilhet, S., Forjaz, M., & Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390-397.
- Bayés, R. (2000). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Becerra, I. & Otero, S. (2013). Relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama (Tesis de maestría). Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5176>.

- Belin, G., Desmond, K., Ganz, P., Meyerowitz, B., Rowland, J., & Wyatt, G. (2000). Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 92 (17), 1422-1429.
- Brandberg, Y., Sandelin, K., Erikson, S., Jurell, G., Liljegren, A., Lindblom, A., Linden, A., Von Wachenfeldt, A., Wickman, M., & Arver, R. (2008). Psychological Reactions, Quality of Life, and Body Image After Bilateral Prophylactic Mastectomy in Women At High Risk for Breast Cancer: A Prospective 1-Year Follow-Up Study. *Journal of Clinical Oncology*, 26(24), 3943-3949.
- Carstensen, L., & Scheibe, S. (2010). Emotional Aging: Recent Findings and Future Trends. *The Journals of Gerontology*, 65b(2), 135-144.
- Carver, C., Smith, R., Antoni, M., Petronis, V., Weiss, S., & Derhagopian, R. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24, 508-516.
- Chávez, S. (2008). *Bienestar psicológico en practicantes de yoga* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/627>
- Córdova, M., Cunningham, L., Carlson, C., & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185.
- Costa, G., & Gil, F. (2008). Respuesta Cognitiva y Crecimiento Post-traumático durante el primer año de diagnóstico de cáncer. *Psicooncología*, 5(1), 27-37.
- Cruzado, J. (2009). La intervención psicológica en cáncer de mama. En L. Oblitas & X. Palacios (Eds.). *Psicooncología: Intervención psicológica en el cáncer*. Bogotá: Psicom Editores.
- Cuadra, H. & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 83-96.
- Cubas, M. (2003). *Bienestar y rendimiento académico en universitarios*. Lima: Universidad de Lima.
- Cubrerros, C. (2006). Calidad de vida en el paciente oncológico. En: Alarcón, A. (Ed.), *Manual de psicooncología*, (pp. 111-127). Bogotá: JAVECGRAF.

- Culver, J., Arena, P., Antoni, M., & Carver, C. (2002). Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: Comparing African Americans, Hispanics, and non-Hispanic Whites. *Psycho-Oncology*, *11*, 495-504.
- De-Juanas, A. Limón, M. & Navarro, E. (2013). Análisis del Bienestar Psicológico: Estado de Salud.Percibido y Calidad de Vida en Personas Adultas Mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. *22*, 153-168. Recuperado de [http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia\\_social/article/view/411](http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia_social/article/view/411)
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, *18*(3), 572-577.
- Diener, E., & Lucas, R. (1999). Personality, and subjective well-being. En Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Eds.) *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Egert, J. (2000). Psychological well-being following breast cancer treatment. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *60* (8-B), 4219.
- Elklit, A. & Blum, A. (2011). Psychological adjustment one year after the diagnosis of breast cancer: a prototype study of delayed post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *50*(4), 450-363. doi: 10.1348/014466510X527676
- Evan, E., Kaufman, M., Cook, A., & Zeltzer, M. (2006). Sexual health and self- esteem in adolescents and young adults with cancer. *Cancer*, *107*(7), 1672-1679.
- Franks, H. & Roesch, S. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *15*(12), 1027-1037. doi: 10.1002/pon.1043
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Gancedo, M. (2008). Historia de la psicología positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M. Casullo (Ed.), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 11-38). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ganz, P., Rowland, J., Desmond, K., Meyerowitz, B., & Wyatt, G. (1998). Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, *16*(2), 501-514.
- Gil, F. (2000). *Manual de Psico-oncología*. Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Haber, S. (2000). *Cáncer de mama: manual de tratamiento psicológico*. Barcelona: Paidós.



- Henselmans, I. (2009). *Psychological well-being and perceived control after a breast cancer diagnosis*. Groningen: s.n.
- Holland, K. & Holahan, C. (2002). The relationship of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 15-29.
- Ibañez, E. & Romero, R. (2000). Información, emoción, estrategias de afrontamiento y enfermedad oncológica. En Rubio, E y García, J. (Eds). *Oncología Clínica Básica* (pp. 303-310). Madrid: Aran Ediciones.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN] (2011). Estadísticas-Datos Epidemiológicos. Recuperado de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- Jimenez, K. (2006). Miedo y Cáncer En: Alarcón, A. (Ed.). *Manual de Psicooncología* (pp. 175-206). Bogotá: JAVEGRAF.
- Laos, K. (2011). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/668>
- Lindfors, P. & Lundberg, U. (2002). Is low cortisol release an indicator of positive health? *Stress and Health*, 18, 153-160.
- Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616–628.
- Mesenguer, C. (2003). El adulto con cáncer. En: Die-Trill, M. (Ed.). *Psicooncología* (pp. 103-114). Madrid: Ades Ediciones.
- Ministerio de Salud del Perú (2013). *Análisis de la situación del Cáncer en el Perú*. Recuperado de [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf)
- Nieto-Munuera, J. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid : McGraw-Hill.
- Nissen, M., Swenson, K., Ritz, L., Farrell, J., Sladek, M., & Lally, R. (2001). Quality of Life after Breast Carcinoma Surgery: A Comparison of Three Surgical Procedures. *Cancer*, 91(7), 1238-1246.
- Novoa, M., Vargas, R., Obispo, S., Pertuz, M., & Rivera, Y. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychological Therapy*, 10(2), 315-329.
- Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. (2006) El bienestar psicológico, un indicador positivo de salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(1-2), 34-39.



- Reich, M., & Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: Caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8 (2-3), 453-471.
- Rodríguez, J., García, J., & Terol, M. (2009). La calidad de vida en enfermos de cáncer. En: Oblitas, L. y Palacios, X. (Eds.). *Psicooncología: Intervención psicológica en cáncer*. Psicom editores.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (Eds), *Annual review of psychology* (pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.
- Ryan, R., Huta, V., & Deci, E. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C., Brim, O., & Kessler, R. (2004). The MIDUS National Survey: An overview. En O. Brim, C. Ryff y R. Kessler (Eds.). *A national study of well-being in midlife* (pp. 1- 36). Chicago: The university of Chicago Press.
- Ryff, C., Costanzo, E., & Singer, B. (2009). Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national survey of health and well-being. *Journal of Health Psychology*, 28(2), 147-156.
- Ryff, C., Costanzo, E., Stawski, R., Coe, C. L., & Almeida, D. (2012). Cancer survivors' responses to daily stressors: Implications for quality of life. *Health Psychology*, 31(3), 360-370.
- Ryff, C., & Friedman, E. (2012). Living well with medical comorbidities: A biopsychosocial perspective. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(5), 535-544.
- Ryff, C., Friedman, E., Hayney, M., Love, G., Urry, H., Rosenkranz, M. Davidson, R., & Singer, B. (2005). Social relationships, sleep quality and interleukin-6 in aging women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(51), 18757-18762.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being in middle- aged and older adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

- Ryff, C., Keyes, C., & Hughes, D. (2003). Status inequalities, perceived discrimination, and eudaimonic well-being: Do the challenges of minority life hone purpose and growth? *Journal of Health and Social Behavior*, *44*, 275-291.
- Ryff, C., Keyes, C., & Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 1007-1022.
- Ryff, C., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, *9*, 13-39. doi:10.1007/s10902-006-9019-0
- Ryff, C., Singer, B., & Dienberg, G. (2004). Positive Health: connecting well-being with biology. *The Royal Society*, *359*, 1383-1394.
- Ryff, C., Love, G., Muller, D., Urry, H., Friedman, E., Davidson, R., & Singer, B. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy & Psychosomatics*, *75*, 85-95.
- Seligman, M. (2002). Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. En C.R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3- 9). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5-14.
- Sheppard, L. A. & Ely, S. (2008), Breast Cancer and Sexuality. *The Breast Journal*, *14*, 176-181.
- Shroever, M., Sanderman, R., Sonderer, E. & Ranchor, A. (2000). The evaluation of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale: Depressed and Positive Affect in Cancer Patients and Healthy Reference Subjects. *Quality of Life Research*, *9*, 1015-1029.
- Simon, H. & Zieve, D. (2009). Breast cancer. *Breast cancer (A.D.A.M.)*, *6*, 1-16.
- Spencer, S., Carver, Ch. & Price, A. (1998). Psychological and Social Factors in Adaptation. En Holland, J (Ed). *Psychooncology* (pp. 211-222). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Springer, K., Pudrovskaya, T., & Hauser, R. (2011). Does psychological well-being change with age? longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, *40*, 392-398.

- Stanton, A., Danoff-burg, S. & Huggins, M. (2002), The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93–102.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México : McGraw-Hill Interamericana.
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/717>
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1656>
- Urcuyo, K. R., Boyers, A. E., Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology & Health*, 20, 175-192.
- Van Dierendonck, D. (2004) The construct validity of Ryff's Scale of Psychological Well-Being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36 (3), 629-644.
- Vásquez, C. & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vázquez-Ortiz, J., Antequera, R. & Blanco, I. (2010). Ajuste Sexual e Imagen Corporal en Mujeres Mastectomizadas Por Cáncer de Mama. *Psicooncología*, 7 (2-3), 435-451.
- Villar, F., Triadó, C.; Solé, C. & Osuna, M. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 152-162.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (Eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.
- Zubieta, E. M. & Delfino, G. I. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 17, 277-283.



## Apéndice A

Tabla 1

*Correlación entre la variable edad y los índices de Bienestar Psicológico Global, y algunas dimensiones en pacientes con cáncer de mama*

	Edad	
	<i>rs</i>	<i>p</i>
Bienestar Psicológico Global	.28	.15
Propósito en la vida	.26	.18
Relaciones Positivas con otros	.15	.45

*Nota:* Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para la dimensión Relaciones Positivas con Otros.

Tabla 2  
Comparación de medias de la medida de bienestar psicológico global y por dimensiones de acuerdo a la variable grado de instrucción en pacientes con cáncer de mama

	Primaria Completa		Secundaria Incompleta		Secundaria Completa		Técnica Incompleta		Técnica Completa		Superior Incompleta		Superior Completa		F(6,21) p /H									
	M	DE	Mdn	M	DE	Mdn	M	DE	Mdn	M	DE	Mdn	M	DE										
Bienestar psicológico global	119	26.39	107	133.50	6.36	133	129	27.88	137	127	34.65	127.5	152.25	7.81	154.5	139	31.23	149	140	16.60	144	5.98	.43	
Autaceptación	17	8.19	19	21.50	.70	21	17.67	7.57	21	16	10	16	23.75	.50	24	21.33	4.61	24	20.18	3.92	22	6.98	.32	
Autonomía	30.33	3.51		25.5	.70		25.67	7.64	25	4.24	25	25.75	2.75	26.67	8.15	29	6.05						.53	.78
Relaciones positivas con otros	19.33	3.51		21	4.24	20	4.36	4.36	23	4.95	23	25.75	5.68	23.33	7.37	22	5.53						.57	.75
Propósito en la vida	20	4.36	18	27	2.83	27	23.67	7.10	25	23	10	23	29.5	1	30	26.33	6.35	30	26	3.21	27	8.07	.23	

Nota: Se utilizó la prueba ANOVA de un solo factor para las dimensiones de relaciones positivas con otros y autonomía. Por otro lado, se utilizó el estadístico Kruskal Wallis para la medida de bienestar psicológico global y las dimensiones autoaceptación y propósito en la vida.



Tabla 3

*Correlación entre la variable número de cirugías realizadas y la dimensión relaciones positivas con otros*

	Número de cirugías realizadas	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Relaciones positivas con otros	-.37	.05



Tabla 4

Comparación de medias de algunas dimensiones de acuerdo a la variable Tipo de Cirugía en pacientes con cáncer de mama

	Tumorectomía			Mastectomía radical			Tumorectomía y mastectomía radical			Mastectomía radical bilateral			F(3,24)/H	p
	M	DE	Mdn	M	DE	Mdn	M	DE	Mdn	M	DE	Mdn		
Relaciones positivas con otros	22.5	.71		23.33	5.29		18	1.41		15			2.11	.13
Propósito en la vida	27	2.83	27	27.14	3.79	28	20	6.16	17.5	19		19	6.37	.95

*Nota:* Se utilizó la prueba ANOVA de un solo factor para la dimensión de relaciones positivas con otros. Por otro lado, se utilizó el estadístico Kruskal Wallis para la dimensión de propósito en la vida.

Tabla5

*Comparación de medias del Bienestar Psicológico Global y las dimensiones Autoaceptación y Autonomía con los tipos de cirugía Tumorectomía y Mastectomía Radical Bilateral en pacientes con cáncer de mama*

	Tumorectomía			Mastectomía Radical Bilateral			$F(3,24)/H$	$p$
	$M$	$DE$	$Mdn$	$M$	$DE$	$Mdn$		
Bienestar psicológico global	135.5	21.92	135.5	104		104	0	.22
Autoaceptación	19	7.07	27	16		16	1	1
Autonomía	25	8.49		21			5.58	.76

*Nota:* Se utilizó la prueba ANOVA de un solo factor para la dimensión autonomía. Por otro lado, se utilizó el estadístico Kruskal Wallis para la medida de bienestar psicológico global y la dimensión autoaceptación.

**Apéndice B****Ficha de datos – Grupo Objetivo**

## I. Datos sociodemográficos

- Edad: \_\_\_\_\_

- Estado Civil:

Soltera:  Conviviente:  Casada:  Viuda:

- Grado de instrucción:

Primaria incompleta:  Técnica incompleta:

Primaria completa:  Técnica completa:

Secundaria incompleta:  Superior incompleta:

Secundaria completa:  Superior completa:

- Ocupación: \_\_\_\_\_

- Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

- Tiempo de residencia en Lima: \_\_\_\_\_

- En el caso de no residir en Lima, indicar lugar de residencia: \_\_\_\_\_

- Con quiénes vives:

Familia nuclear  Familia extensa  Otros

## II. Datos médicos

- Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Estadio de la enfermedad: \_\_\_\_\_
- Presencia de recaída:    Si                       No

Tratamientos recibidos:*Realización de cirugía:*

- Número de cirugías realizadas: \_\_\_\_\_
- Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_                    Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_
- Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_                    Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_

*Otros tratamientos:*

- Tratamiento 1: \_\_\_\_\_
- Fecha de inicio: \_\_\_\_\_                    Fecha de fin: \_\_\_\_\_
- Tratamiento 2: \_\_\_\_\_
- Fecha de inicio: \_\_\_\_\_                    Fecha de fin: \_\_\_\_\_
- Tratamiento 3: \_\_\_\_\_
- Fecha de inicio: \_\_\_\_\_                    Fecha de fin: \_\_\_\_\_

- Presencia de otra enfermedad aparte del cáncer:

                  Sí                       No  

Cual: \_\_\_\_\_

- Antecedentes de cáncer en la familia:    Sí                       No

**Apéndice C****Ficha de Datos – Grupo Comparativo****I. Datos sociodemográficos**

- Edad: \_\_\_\_\_

- Estado civil:

Soltera:  Conviviente:  Casada:  Viuda:

- Grado de instrucción:

Primaria incompleta:  Técnica incompleta:

Primaria completa:  Técnica completa:

Secundaria incompleta:  Superior incompleta:

Secundaria completa:  Superior completa:

- Ocupación: \_\_\_\_\_

- Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

- Tiempo de residencia en Lima: \_\_\_\_\_

En el caso de no residir en Lima, indicar lugar de residencia: \_\_\_\_\_

- Con quiénes vives:

Familia nuclear  Familia extensa  Otros



## II. Datos médicos

- ¿Ha sido diagnosticada con cáncer?

Sí  No

- Antecedentes de cáncer en la familia:

Sí  No

- ¿Alguna vez ha sido sometida a una cirugía?

Sí  No

De haber respondido afirmativamente señale:

Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Apéndice D

### Consentimiento Informado – Grupo Objetivo

#### *Bienestar Psicológico en Mujeres con Cáncer de Mamá Post-Tratamiento Quirúrgico*

El propósito de este documento radica en proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de sus objetivos y del rol que poseen en la misma. La presente investigación es conducida por la estudiante de Psicología Jenny Sánchez.

Usted fue seleccionada para participar en este estudio al ser paciente de cáncer de mama, haber recibido tratamiento quirúrgico y acudir a consulta externa. Esperamos que, en total, acepten integrar este estudio, 30 pacientes aproximadamente. Su ayuda nos permitirá conocer el impacto psicológico que ejerce el tratamiento quirúrgico en la paciente con cáncer de mama.

Si usted accede a participar, se le solicitará contestar una ficha de datos personales así como un cuestionario que mida el bienestar psicológico. Responder a ambos le tomará aproximadamente entre 20 a 25 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradezco su tiempo y participación.

---

Nombre del Participante

---

Firma del Participante

---

Fecha

## Apéndice E

### Consentimiento Informado – Grupo de comparación

#### *Bienestar Psicológico en Mujeres con Cáncer de Mamá Post-Tratamiento Quirúrgico*

El propósito de este documento radica en proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de sus objetivos y del rol que poseen en la misma. La presente investigación es conducida por la estudiante de Psicología Jenny Sánchez.

Usted fue seleccionada para participar en este estudio al ser una mujer adulta que no ha sido diagnosticada con cáncer de mama. Su ayuda nos permitirá establecer las diferencias entre pacientes sanas y aquellas que poseen el diagnóstico ya mencionado.

Si usted accede a participar, se le solicitará contestar una ficha de datos personales así como un cuestionario que mida el bienestar psicológico. Responder a ambos le tomará aproximadamente entre 20 a 25 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será totalmente anónima y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradezco su tiempo y participación.

¿Acepta participar?

Sí

No

## Apéndice F

### Modificación de ítems SPWB

Ítem versión Díaz et al (2006)	Ítem en la presente investigación
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	4. Me preocupa la opinión que los otros tienen sobre mis decisiones de vida
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	5. Siempre hay algo que me impide alcanzar lo que quiero
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mi.	9. Generalmente me preocupa lo que otra gente piensa de mi
22. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	22. No he tenido muchas relaciones cercanas y de confianza
26. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	26. Pienso que con los años no he mejorado mucho como persona
28. Para mi la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	28. Para mí la vida ha sido un proceso continuo de cambio y crecimiento